FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS N° 46

A mon compatriote Hilt.
souvenir amical
Dunant

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE VENDREDI 20 MARS 1863,

PAR

PIERRE-LOUIS DUNANT

Né à Genève (Suisse),

DOCTEUR EN MÉDECINE

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, — Lauréat (prix Esquirol) 1861,
Médaille de bronze de l'assistance publique.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS

SUR

L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

PARIS

IMPRIMERIE DE L. MARTINET

RUE MIGNON, 2

1863

FAC   IS.

Anatomie. . . . .   'AY.
Physiologie. . .   T.
Physique médical   RET.
Histoire naturelle   N-TANDON.
Chimie organique   '.
Pharmacologie. .   ULD.
Hygiène.. . . . .   ARDAT.
Médecine compar·
Histologie. . . . .
Pathologie médic: LLOT.
                    RET.
Pathologie chirur   VILLIERS.
                    IN.
Anatomie patholo   LHIER.
Pathologie et théı   ,.
Opérations et app;   IGNE.
Thérapeutique et   LE.

Médecine légale. . . . . TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés. . . . .

Clinique médicale . . . . BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.

Clinique chirurgicale. . . . . VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT (DE LAMBALLE).

Clinique d'accouchement. . . . . DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le baron PAUL DUBOIS. — *Professeur honoraire*, M. CLOQUET.

Agrégés en exercice.

MM. AXENFELD.	MM. DUCHAUSSOY.	MM. LABOULBÈNE.	MM. REVEIL.
BAILLON.	EMPIS.	LIÉGEOIS.	SÉE.
BAUCHET.	FANO.	LORAIN.	TRÉLAT.
BLOT.	FOUCHER.	LUTZ.	VULPIAN.
CHARCOT.	GUILLEMIN.	MARCÉ.	
CHAUFFARD.	HÉRARD.	PARROT.	
DOLBEAU.	HOUEL.	POTAIN.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.. . . . . MM. HARDY.
— — syphilitiques.. . . . . VERNEUIL.
— — des enfants.. . . . . ROGER.
— — mentales et nerveuses. . . . . LASÈGUE.
— d'ophthalmologie. . . . . FOLLIN.
— des maladies des voies urinaires . . . . VOILLEMIER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Agrégés stagiaires.

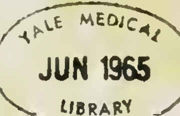
MM.

Examinateurs de la thèse.

MM. MONNERET, *président*; JOBERT (de Lamballe), POTAIN, SÉE.

M. BOURBON, *secrétaire*.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MON CHER ET VÉNÉRÉ MAITRE, GUIDE ET AMI

M. LE DOCTEUR SENN (DE GENÈVE)

A MON ONCLE

M. DANIEL COLLADON

Professeur de mécanique théorique et appliquée à l'Académie de Genève,
Ancien professeur à l'École centrale des arts et manufactures de Paris,
Membre de la Société de physique de Genève,
De la Société helvétique des sciences naturelles, associé correspondant de l'Académie royale de Turin,
De la Société industrielle de Mulhouse,
De la Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille,
De la Société impériale économique de Saint-Pétersbourg, etc., etc.

A MON BON AMI ET CAMARADE D'ÉTUDE

LE DOCTEUR EUGÈNE CASALIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(EXTERNAT)

M. VERNOIS

Médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, médecin consultant de l'Empereur,
Officier de la Légion d'honneur.

M. LAUGIER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

M. MONNERET

Professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'honneur.

(INTERNAT PROVISOIRE)

M. GOUPIL

Médecin de l'hôpital de Lourcine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(INTERNAT)

M. MOREAU (DE TOURS)

Médecin de l'hospice de la Salpêtrière, chevalier de la Légion d'honneur.

M. MICHON

Chirurgien honoraire des hôpitaux, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. WOILLEZ

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, chevalier de la Légion d'honneur.

M. BOUVIER

Médecin de l'hôpital des Enfants malades,
Membre de l'Académie de médecine, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS

SUR

L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

Lorsqu'on étudie l'épilepsie et l'hystérie dans les asiles consacrés aux affections nerveuses, on rencontre assez fréquemment, à côté des cas simples et d'un diagnostic facile dans lesquels il n'existe évidemment qu'une seule des deux névroses, d'autres cas d'un diagnostic difficile et embarrassant, parce qu'on retrouve chez un même malade des phénomènes complexes tenant autant de l'une que de l'autre. En présence des cas de cette nature, que nous avons observés pendant notre année d'internat à la Salpêtrière, nous avons compris pourquoi tous les auteurs ont eu de la peine à tracer, de chacune des deux affections, une description à la fois générale et spéciale, et comment Georget a pu croire que l'épilepsie n'est que l'hystérie à un degré avancé.

Que l'on adopte ou non cette manière de voir de Georget (manière de voir que semble étayer non-seulement la similitude de quelques symptômes et la combinaison, dans quelques cas, des phénomènes des deux névroses, mais encore leurs affinités étiologiques), il faut convenir

que la ressemblance est quelquefois assez grande entre les deux affections pour que le diagnostic soit difficile, lors même qu'elles se présentent isolées et sur des malades différents. Mais l'embarras devient bien plus grand encore lorsqu'elles se réunissent sur un même malade sous forme d'hystéro-épilepsie, et qu'elles s'y montrent tantôt successivement, tantôt simultanément, soit qu'elles restent distinctes dans leurs crises, soit qu'elles se combinent de diverses manières en se pénétrant mutuellement.

Quelques médecins n'admettent pas l'existence de l'hystéro-épilepsie ; ils nient que les deux névroses puissent se combiner, et ils pensent qu'avec un diagnostic plus attentif et plus précis, on doit parvenir dans tous les cas à ne se trouver en présence que d'une seule d'entre elles. Si nous ne faisions appel qu'à notre expérience pour affirmer que cette manière de voir est erronée, on nous taxerait à bon droit de présomption ; heureusement un grand nombre d'autres médecins l'ont dit depuis longtemps, et bien mieux que nous. Voici en particulier comment s'expriment les auteurs du *Compendium de médecine* (t. III, p. 79) :
« L'hystéro-épilepsie est une affection complexe constituée par les symptômes de l'hystérie et de l'épilepsie ; mais tantôt les attaques d'épilepsie et d'hystérie sont séparées, et tantôt chaque attaque se compose toujours des symptômes hystériques et épileptiques en proportion variable... La seconde forme a été admise précisément en vue de la difficulté extrême que l'on éprouve à dire si l'accès dont on est témoin appartient à l'une ou à l'autre des affections que nous avons nommées... Certes il serait préjudiciable aux intérêts de la science de conserver la dénomination d'hystéro-épilepsie pour les cas où le diagnostic peut être nettement établi ; mais il faut reconnaître aussi qu'il en est d'autres où nos divisions systématiques ne peuvent être maintenues, et au sujet desquelles on est contraint de se tenir sur la réserve en déclarant que le mal participe des deux névroses. »

L'existence de l'hystéro-épilepsie étant ainsi admise, nous avons pour but dans ce travail d'en écrire une histoire abrégée, en nous arrêtant un peu sur l'étiologie et sur les crises convulsives, pour rechercher si,

parmi les symptômes de ces dernières, il existe quelque caractère qui puisse différencier dans tous les cas celles de l'épilepsie de celles que produit l'hystérie. Nous terminerons en rapportant quelques-unes des observations qui nous sont personnelles.

Avec M. Beau, nous réunirons tous les cas variés dans lesquels les deux affections coexistent chez le même malade, en une seule variété sous la désignation d'hystéro-épilepsie. Quelques médecins font de cette forme mixte deux variétés distinctes, l'appelant hystérie compliquée d'épilepsie, lorsque les accès épileptiques sont séparés des attaques hystériques; et hystéro-épilepsie seulement, lorsque dans une même crise les deux névroses se trouvent mélangées. Cette distinction, bonne à faire au point de vue de la marche des phénomènes, n'est pas assez importante pour nécessiter la formation de deux variétés, parce qu'il arrive quelquefois que les accès et les attaques, séparés pendant un temps, finissent par se rapprocher et par se confondre dans une même crise.

HISTORIQUE.

La plupart des anciens médecins ne mentionnent pas la possibilité de la coexistence de l'hystérie avec l'épilepsie chez un même malade. Sydenham n'en dit pas un mot; il fait seulement la remarque que l'affection hystérique produit quelquefois des convulsions horribles, et qui ressemblent à l'épilepsie.

Cullen, dominé par les idées de son temps sur la nature de l'hystérie, hasarde une comparaison anatomo-pathologique qui satisferait peu de personnes aujourd'hui. « La distension des vaisseaux du cerveau, dit-il, » paraît produire l'épilepsie, et la turgescence du sang dans les vais- » seaux du poumon occasionner l'asthme ; en conséquence, on peut par » analogie supposer que la turgescence du sang dans l'utérus produit » les mouvements spasmodiques et convulsifs que l'on remarque dans » l'hystéricisme. » (*Elém. de méd. prat.*, trad. par Bosquillon, t. II, p. 457, § 1523.)

Tissot n'admet pas que « les accès de suffocation hystérique qui res-
» semblent quelquefois beaucoup aux attaques épileptiques aient les
» véritables caractères de l'épilepsie, » quoiqu'on en ait fait une espèce particulière d'épilepsie. (*Traité des nerfs*, art. Epilepsie, § 30.)

La variété d'épilepsie que Sennert a désignée sous les noms d'*epilepsia genitalis* ou *ab utero*, il l'a établie pour rappeler la cause sympathique qui produit les convulsions, mais il ne la considère pas comme un mélange de l'hystérie avec l'épilepsie.

Willis un des premiers rapporte un cas d'hystérie dégénérée en épilepsie. Cette transformation a été aussi mentionnée par Hoffmann : « *Spasmi violentiores, quales in malo hysterico, in epilepsiam desinunt;* » et par van Swieten : « *Interim tamen admodum hæc mala sunt, et* « *passio hysterica sæpius observata fuit in epilepsiam mutari.* » (*Comment. sur les Aphor. de Boerhaave.*) De nos jours elle est encore observée, ainsi que le constate M. Briffaut dans son excellente thèse inaugurale (*Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie*, 1851). « A la Salpêtrière,
» dit-il, il est donné de voir l'hystérique devenant épileptique, restant
» l'un et l'autre, ce qui constitue l'hystéro-épilepsie, ou bien l'épilepsie
« dominant de plus en plus, et anéantissant en quelque sorte l'hystérie
» primitive. »

D'après Pomme, l'épilepsie hystérique n'est que l'épilepsie ordinaire, « ayant son point de départ à l'utérus, dont les vaisseaux resser-
» rés et desséchés forcent le sang à refluer vers le cerveau »; sa théorie est donc inverse de celle de Cullen. (*Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 1804.)

Selon Maisonneuve, il y a toujours dans « l'épilepsie hystérique » un point de départ à l'utérus et les symptômes de l'affection hystérique. Lorsque ces mêmes symptômes se retrouvent chez l'homme, c'est l'épilepsie vaporeuse ou hypochondriaque. (*Recherches et observations sur l'épilepsie*, thèse inaugurale, 1803.)

Louyer-Villermay parle de « l'hystérie épileptiforme »; il désigne sous ce nom non-seulement l'hystérie qui présente quelque symptôme épileptique, mais aussi l'épilepsie vraie, si elle se développe sous quel-

que influence utérine. (Article HYSTÉRIE du *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXIII.)

Esquirol, le premier à notre connaissance, a dit : « Il est des hystériques qui sont en même temps épileptiques. » (*Traité des maladies mentales*, 1838, t. Ier, p. 284.) — MM. Casauvielh et Bouchet ont publié deux observations d'épilepsie compliquée d'hystérie. (*Archives générales de médecine*, décembre 1825 et janvier 1826.)

En 1833 (*Traité philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*), M. Dubois (d'Amiens) regardait l'hystérie épileptiforme comme de l'hystérie ayant un degré de plus dans l'intensité des symptômes.

M. Alègre, dans sa thèse, paraît avoir été le premier à parler de l'hystéro-épilepsie à accès complexes. (*Dissertation sur l'épilepsie et l'hystérie*, 1833.)

Dans son travail statistique (*Archives générales de médecine*, 1836), M. Beau a décrit trois formes d'hystéro-épilepsies : la première, à attaques d'hystérie séparées des accès d'épilepsie ; la seconde, à attaques complexes ; la troisième, à attaques d'hystérie avec vertiges épileptiques.

Dans le *Traité de l'hystérie* (1846) de M. Landouzy, on trouve un bon article sur l'hystérie compliquée d'épilepsie (accès épileptiques séparés des attaques hystériques) et sur l'hystéro-épilepsie à accès complexes, plus deux observations à l'appui. Dans celui de Brachet, publié l'année suivante, l'auteur dit avoir vu l'hystérie dégénérer en épilepsie. Quant à Sandras (*Traité des maladies nerveuses*), il distingue l'hystéro-épilepsie ou hystérie mélangée d'épilepsie, et l'hystérie épileptiforme ou à apparence épileptique.

M. Herpin a une opinion différente ; il croit à la complication de l'hystérie par l'épilepsie, mais il pense qu'il y a eu erreur de diagnostic dans tous les cas où l'on a admis que les deux névroses étaient réunies dans une même attaque. « Nous n'avons rencontré, dit-il, qu'une seule » fois la complication de l'épilepsie et de l'hystérie, et nous n'avons » jamais vu un seul cas d'accès hystérico-épileptique ou constitué par

» une combinaison des symptômes de l'hystérie et de l'épilepsie. » (*Du pronostie et du traitement de l'épilepsie*, p. 459.)

M. Delasiauve admet l'existence de l'épilepsie précédée ou accompagnée d'hystérie. Il admet aussi que l'épilepsie utérine, celle qui a son point de départ dans l'utérus, présente assez fréquemment des symptômes hystériques. (*Traité de l'épilepsie*, p. 260 et 279.)

Enfin M. Briquet dit positivement que l'hystérie peut se compliquer d'épilepsie, ce qui constitue l'hystéro-épilepsie, laquelle est quelquefois coévale et quelquefois consécutive soit à l'hystérie, soit à l'épilepsie. (*Traité de l'hystérie*, p. 399.) — M. Marcé professe les mêmes idées. (*Traité pratique des maladies mentales*, p. 545.)

On le voit, tous les auteurs n'ont pas compris cette question de la même manière, parce qu'ils n'ont pas tous donné au mot *hystérie* la même signification. D'après le sens étymologique, et conformément à l'idée erronée qu'ils se faisaient de la nature de cette maladie, la rattachant toujours à l'utérus, beaucoup de médecins n'ont voulu désigner sous les noms d'*épilepsie hystérique*, d'*hystérie épileptiforme*, etc., que l'épilepsie pure et sans mélange survenant à l'occasion d'un fonctionnement pathologique et même physiologique, ou d'une altération morbide de l'utérus ou de ses annexes. Aujourd'hui le mot *hystérie* n'entraîne plus avec lui que l'idée d'une névrose générale protéiforme se révélant le plus souvent par des spasmes et des convulsions. Aussi, dans l'ignorance où nous sommes sur sa nature et sur son origine réelle, convient-il de ne tenir compte que des symptômes, et, sans trancher, comme Georget, la question de savoir si l'épilepsie n'est qu'un degré avancé de l'hystérie, devons-nous déclarer qu'il y a hystérie avec épilepsie ou hystéro-épilepsie toutes les fois qu'on observe sur un même malade la réunion de phénomènes qui, s'ils étaient isolés sur deux malades différents, constitueraient chez l'un de l'épilepsie, chez l'autre de l'hystérie. C'est ainsi que l'ont entendu Sandras, Brachet, MM. Alègre, Beau, Landouzy, Delasiauve, Moreau, Briquet, Marcé, etc.; et nous croyons ne pouvoir mieux faire que de suivre leur exemple.

FRÉQUENCE.

Sandras regardait cette variété comme assez fréquente. « Les hysté-» ries épileptiformes, dit-il, sont des maladies plus communes qu'on ne » le croit chez les femmes. » (*Traité des maladies nerveuses*, Sandras et Bourguignon, 1860, t. Ier, p. 278.) — Nous avons déjà signalé les deux observations qu'en a données M. Landouzy ; en parcourant les thèses et les recueils de publications, on en rencontre plusieurs observations éparses. Dans la thèse de Maisonneuve, on lit sept observations intitulées : *Épilepsies hystériques* à origine utérine et à symptômes hytériques et épileptiques. Si on y ajoute la seconde et la troisième de ses observations d'*épilepsie hypochondriaque* et les deux premières de celles qu'il intitule : *Épilepsies difficiles à classer*, lesquelles sont de véritables hystéro-épilepsies, cela fait un total de onze observations qu'il a presque toutes recueillies à la Salpêtrière.

Dans ce même hospice, M. Beau, en 1833, a rencontré, parmi 273 malades de la division des épileptiques, 22 hystéro-épileptiques ; et M. Moreau (de Tours), sur 671 épileptiques, en a trouvé 61, ou un onzième, qui avaient été atteintes d'hystérie confirmée ou d'accidents nerveux de nature hystérique avant de devenir épileptiques. Nous avons tenu à continuer ces recherches statistiques dans les registres de la Salpêtrière, à partir de l'époque où M. Moreau les a laissées : nous avons trouvé que, du 1er janvier 1852 au 1er janvier 1860, il était entré dans l'espace de huit ans 253 épileptiques, 54 hystéro-épileptiques, et seulement 23 hystériques. En admettant qu'il ait pu se glisser quelques erreurs dans les diagnostics ou dans les relevés, il n'en reste pas moins démontré que l'hystéro-épilepsie n'est pas une forme rare des névroses convulsives.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

N'ayant jamais eu l'occasion de faire l'autopsie d'une hystéro-épileptique, nous nous bornerons à exposer brièvement les rapports que quelques auteurs ont cru pouvoir établir entre les phénomènes d'une crise convulsive épileptiforme et les récentes découvertes des anatomistes et des physiologistes.

Jusqu'à ces dernières années, les recherches nécroscopiques ne pouvaient pas jeter beaucoup de lumière sur les lésions matérielles dans les maladies convulsives. Lorsqu'on faisait l'autopsie d'une hystérique, une incroyable préoccupation poussait les médecins à ouvrir l'abdomen et à enregistrer les modifications les plus opposées et les plus insignifiantes des organes contenus dans le petit bassin, tandis qu'ils jetaient à peine un coup d'œil sur le système nerveux. Pour l'épilepsie, on se contentait de noter les désordres énormes que des moyens d'investigation peu délicats faisaient quelquefois découvrir dans les centres nerveux ou dans les os du crâne. On pensait que ces lésions étaient primitives, et que l'accès leur était consécutif. On n'était pas plus arrêté par la diversité de nature et de siége de ces lésions que par leur peu de fréquence. Dans tous les cas où l'œil nu ne découvrait aucune altération saisissable, on disait que l'épilepsie était essentielle ou sympathique. Quant aux traces sensibles que doivent laisser dans l'organisme des ébranlements aussi violents et aussi répétés, l'injection des gros vaisseaux de la pie-mère avait pu seule être remarquée par les observateurs attentifs, soit chez les épileptiques, soit chez les rares hystériques dont l'autopsie avait pu être faite peu de temps après une série de violentes attaques convulsives.

Aujourd'hui l'anatomie pathologique a fait quelques progrès : Schrœder van der Kolk a constaté sur le cadavre d'un certain nombre d'épileptiques une dilatation des vaisseaux capillaires de la moelle allongée, et il a même cru pouvoir affirmer que cette dilatation est plus manifeste

près des racines de l'hypoglosse chez les épileptiques qui se mordent la langue, et plus prononcée vers l'origine du pneumogastrique chez ceux qui ne se la mordent pas. Cette dilatation ne se voit pas dans tous les cas, tous les micrographes ne l'ont pas retrouvée ; mais, lorsqu'elle existe, quel rôle joue-t-elle? quelle influence faut-il lui attribuer? est-elle primitive ou consécutive, cause ou effet des convulsions? Quelques organiciens la considèrent comme la cause première des convulsions; avec Schrœder van der Kolk, nous croyons qu'elle n'est que consécutive et secondaire ; nous croyons qu'elle n'est que le résultat, la trace sensible, l'empreinte des crises convulsives dont la cause réelle est l'excitabilité maladive de la moelle allongée. Mais cette dilatation devient cause elle-même à son tour en entretenant cet état d'excitabilité.

L'épilepsie est à son début une névrose, son origine est un trouble dynamique des fonctions de la moelle allongée. Cet organe étant le centre et le siége du pouvoir réflexe, son irritation donnant lieu à des mouvements convulsifs, lorsqu'une impression interne ou externe, une excitation objective ou subjective partie du cerveau ou d'un nerf périphérique ou viscéral, vient réveiller son excitabilité anormale, il se produit aussitôt une contraction convulsive dans les muscles de la vie de relation. Cette contraction qui, pour tous les physiologistes, est due à une excitation transmise de la moelle allongée jusque dans les muscles, serait due, au contraire, dans l'hypothèse de Radcliffe, qui ne s'appuie sur aucune donnée physiologique, à la suspension des fonctions de l'encéphale. Cette suspension permettrait aux muscles de se contracter, la contraction étant pour Radcliffe l'état naturel de la fibre musculaire affranchie de toute incitation nerveuse.

Au même instant que la convulsion apparaissent la pâleur de la face et la perte de connaissance comme phénomènes initiaux de l'accès épileptique. La perte de connaissance résulte de l'anémie du cerveau, qui est produite, ainsi que la pâleur de la face, par le resserrement des artères carotides et vertébrales (Brown-Séquard, Kusmaul et Tenner, Radcliffe). Ce resserrement, qui succède à toute irritation de la portion cervicale du grand sympathique, et que Brown-Séquard avait déjà fait

dépendre de l'excitation du centre réflexe, trouve peut-être son explication dans ce fait que Jacubowitsch a rencontré un grand nombre de cellules sympathiques dans la profondeur de la moelle allongée. Par leur intermédiaire, l'excitation produite sur cette portion de la moelle serait transmise aux racines cervicales du grand sympathique, aux ganglions prévertébraux, et jusqu'aux nerfs vaso-moteurs.

Dans la seconde phase de l'accès, les convulsions deviennent cloniques, et le sang afflue vers la tête, parce que la dilatation des vaisseaux succède à leur resserrement, de même que la résolution dans les muscles de la vie animale succède à leur contracture. Cette hypérémie explique la production de quelques-unes de ces graves lésions de l'encéphale qui n'avaient pas échappé aux anciens anatomo-pathologistes, la congestion et les hémorrhagies cérébrales ou méningées, le ramollissement. Quant à la dilatation permanente des capillaires de la moelle allongée et à l'épaississement et à l'induration de leurs parois, on peut les considérer comme des suites naturelles de la suractivité circulatoire et fonctionnelle de cet organe, quoiqu'il soit difficile d'expliquer pourquoi elles ne se retrouvent pas dans tous les cas. Ces lésions matérielles et permanentes deviennent alors la cause de la répétition des accès. Les expériences de Brown-Séquard sur les lapins ont démontré, en effet, que les lésions de la moelle épinière et allongée permettent aux convulsions épileptiformes de se produire sous le plus léger attouchement de certaines portions de la peau, et qu'au bout de quelque temps ces irritations si légères ne sont même plus nécessaires, les convulsions se reproduisant spontanément et d'une façon intermittente dès qu'elles ont été provoquées un certain nombre de fois.

Les auteurs modernes ne font jouer qu'un rôle très secondaire à la congestion cérébrale, qui, pour les anciens et pour Marshall-Hall aussi, était la cause de la perte de connaissance; elle ne fait, en réalité, que prolonger sa durée dans la deuxième période de l'accès.

ÉTIOLOGIE.

Nous venons de voir dans le paragraphe précédent que la lésion qui, dans l'opinion de quelques auteurs, est la cause première des convulsions épileptiformes, la dilatation des capillaires de la moelle allongée, est considérée par d'autres comme n'en étant que le résultat. Nous n'avons donc encore aujourd'hui de bien certain que le fait de la surexcitabilité du pouvoir réflexe; et tant qu'on n'aura pas démontré d'une manière rigoureuse que ce phénomène se rattache à une lésion organique comme à sa cause, il devra être considéré comme un trouble dynamique des fonctions nerveuses. Mais qu'est-ce qui produit ce trouble? Nous n'en savons rien, malgré les efforts tentés par quelques médecins pour le faire provenir d'une altération humorale ou diathésique. Certains épileptiques ou hystériques voyant leurs crises de nerfs alterner avec l'apparition d'éruptions cutanées de nature dartreuse ou arthritique, quelques autres les ayant vues débuter lors du développement de quelque tumeur syphilitique, et disparaître sous l'influence d'un traitement spécifique, on a pu très exceptionnellement, et pour ces cas seulement, conclure à la nature dartreuse arthritique ou syphilitique des convulsions.

Très exceptionnellement aussi on a trouvé de l'albumine, du sucre ou des dépôts salins dans les urines de quelques épileptiques ou hystériques. L'analogie apparente de ces faits avec l'albuminurie des femmes éclamptiques avait un instant fait espérer qu'on trouverait la cause de toutes les convulsions dans l'albuminurie ou dans l'urémie. Malheureusement l'expérience a fait voir que les faits de ce genre sont d'une très grande rareté, et l'on a supposé qu'ils n'étaient qu'un résultat peu fréquent des troubles respiratoires et circulatoires que produit la convulsion. Peut-être pourrait-on assimiler la sécrétion du sucre et celle de l'albumine aux convulsions, pour en faire trois symptômes d'une irritation de la moelle allongée, puisque, d'après les découvertes

récentes de M. Cl. Bernard, cette irritation, suivant qu'elle porte sur des points un peu plus ou un peu moins élevés, donne naissance tantôt à la polyurie simple, tantôt à la glycosurie, tantôt à l'albuminurie. Mais cette supposition, de même que la précédente, est plutôt invalidée que confirmée par le petit nombre d'épileptiques chez lesquels on a trouvé des produits anormaux de la sécrétion rénale.

Puis donc que les théories humorales, pas plus que les théories solidistes, ne peuvent aujourd'hui expliquer la surexcitabilité du pouvoir réflexe, il faut se contenter d'en admettre l'existence, et rechercher cliniquement quelles sont les causes prédisposantes et occasionnelles qui en favorisent le développement et qui l'entretiennent.

Parmi les causes prédisposantes de l'hystéro-épilepsie, l'influence du climat, de la position sociale, des professions, nous est restée complétement inconnue, parce que nous n'avons pu observer que des malades se trouvant, sous ce rapport, dans des conditions presque identiques. Dans les observations qui nous sont personnelles, nous avons rencontré les constitutions les plus variées. Nous avons obtenu quelques données sur l'hérédité, l'âge, le sexe, les affections morales, le fonctionnement génital, l'état de santé antérieure, et sur l'imitation.

Hérédité. — Parmi les causes prédisposantes de l'hystérie et de l'épilepsie on a de tout temps rangé l'influence héréditaire; mais c'est aux travaux modernes que revient l'honneur d'avoir étendu cette influence à toutes les névroses et aux affections cérébrales. En recherchant pour chacune des deux névroses simples quelle est la part de cette influence, on voit que M. Moreau (de Tours) (*De l'étiologie de l'épilepsie*, in *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1854) a trouvé pour 124 épileptiques 250 parents atteints de l'un des états pathologiques suivants :

Phthisie	35	Paralysie	13
Folie	26	Excentricité	10
Épilepsie	30	Congestions	6
Convulsions	25	Fièvre cérébrale	15
Ivrognerie	24	Hystérie, attaque de nerfs	14
Apoplexie	18	État nerveux	11
Accidents nerveux	15	État scrofuleux	8

et M. Briquet (*Traité de l'hystérie*, p. 82), pour 350 hystériques, a compté 272 parents atteints de quelqu'une des affections suivantes :

Hystérie	214	Paraplégie	1
Épilepsie	13	Somnambulisme	3
Aliénation	16	Maladies convulsives	14
Delirium tremens	1	Apoplexie	10

En ne comparant que les parties similaires de ces tableaux statistiques, on peut en conclure, en se souvenant toutefois que les renseignements fournis par les malades sont toujours incomplets et sujets à caution, que l'hérédité nerveuse a une influence de premier ordre sur la production de l'épilepsie et de l'hystérie, et que cette influence est plus fréquente pour la première que pour la seconde. En effet :

124 épileptiques ont eu 126 parents hystériques, épileptiques, aliénés, atteints de convulsions, d'apoplexie ou de paralysie.
350 hystériques n'en ont eu que 268 atteints des mêmes affections.

Ce résultat est inverse de celui qu'on obtiendrait en ne recherchant l'hérédité que dans l'épilepsie pour les épileptiques, et dans l'hystérie pour les hystériques, puisque :

124 épileptiques n'ont eu que 30 parents épileptiques ;
350 hystériques ont eu 214 parents hystériques.

Il semble enfin, d'après ces relevés, que par voie héréditaire l'épi-

lepsie provient plus souvent de l'hystérie que l'hystérie de l'épilepsie,

124 épileptiques ayant eu 14 parents hystériques ;
350 hystériques n'ayant eu que 13 parents épileptiques.

L'influence de l'hérédité a été nulle pour les 22 cas d'hystéro-épilepsie signalés par M. Beau ; mais en compulsant les 54 observations que renferment les registres de la Salpêtrière, nous obtenons un résultat tout différent :

15 fois il n'est fait aucune mention de la santé des parents ;
3 fois absence de renseignements, les malades étant enfants trouvés :
9 fois l'hérédité est dite n'avoir eu aucune part ;
27 fois on a enregistré des accidents nerveux chez un ou plusieurs parents, à savoir : 12 pères, 13 mères, 7 frères ou sœurs, 5 grands parents, 3 oncles ou tantes, 5 cousins ou cousines et un enfant ; en tout 58.

Sur ces 27 malades on en trouve :

16 dont	1 seul parent avait		une affection nerveuse ;
5 dont	2 parents avaient		id.
3 dont	3	id.	id.
1 dont	5	id.	id.
1 dont	8	id.	id.
1 dont	10	id.	id.

Pour ces 27 malades il y a eu :

12 fois hérédité nerveuse du côté paternel seulement ;
11 fois id. maternel seulement ;
4 fois id. du père et de la mère.

La proportion des différentes affections dont les parents étaient atteints est la suivante :

36 fois des névroses convulsives. épilepsie, hystérie, hystéro-épilepsie, éclampsie, convulsions de nature indéterminée ;
7 fois de la paralysie ou de l'apoplexie ;
6 fois de l'aliénation ;
5 fois un tempérament nerveux exagéré ;
2 fois de l'hydrocéphalie ;
2 fois de l'asthme.

Sexe. — Beaucoup de médecins regardent l'hystérie comme spéciale à la femme. Cette opinion était toute naturelle lorsqu'on croyait que le point de départ exclusif de cette affection était l'utérus ; mais aujourd'hui elle n'est plus soutenable, et déjà, parmi les anciens, Morgagni, Cullen, Hoffmann, Raulin l'avaient attaquée. Louyer-Villermay lui-même, qui regardait l'hystérie comme dépendant toujours de l'utérus, a dit que l'homme peut ressentir des affections vaporeuses très singulières et même des mouvements convulsifs très analogues à ceux qui caractérisent l'hystérie. S'il n'eût été dominé par une idée préconçue sur la nature de l'hystérie, il eût admis son existence chez l'homme, car, en l'absence de motifs de séparation puisés dans l'anatomie pathologique, il faut, comme le dit Maisonneuve (*loc. cit.*, p. 35), « ou faire » un même ordre de deux affections qui présentent les mêmes carac- » tères, ou renoncer à étudier la médecine à la méthode des naturalistes, » et regarder toute classification comme inutile. » De nos jours, Georget, Brachet, MM. Briquet, Bastien, etc., ont publié des observations d'hystérie chez l'homme, et, d'après les calculs de M. Briquet, elle serait vingt fois moins fréquente chez l'homme que chez la femme. Pour l'épilepsie, la différence n'est pas aussi grande entre les deux sexes, mais elle paraît exister néanmoins et dans le même sens, car Tissot, Baumès, Esquirol, M. Delasiauve, M. Marcé considèrent l'épilepsie comme plus fréquente chez la femme que chez l'homme. De même que l'hystérie, l'hystéro-épilepsie est beaucoup plus fréquente chez la femme ; nous croyons cependant qu'elle ne doit pas être très rare chez l'homme, et que, parmi les observations d'hystérie chez ce dernier, quelques-unes sont de véritables hystéro-épilepsies. C'est bien évidem-

ment le cas pour les observations d'épilepsie hypochondriaque publiées par Maisonneuve.

Age. — Par rapport à l'âge où elles débutent, on croit généralement que l'épilepsie apparaît presque toujours dans les premières années de la vie, et que l'hystérie, ainsi que l'a écrit M. Landouzy, ne survient jamais avant la puberté. Un démenti formel à cette assertion a été donné par M. Briquet, qui a observé 85 cas d'hystérie ayant débuté avant l'âge de douze ans, et qui a pu dire : « Par conséquent un cin- » quième des hystériques observées par moi ont été atteintes avant l'âge » de puberté. » (*Loc. cit.*, p. 56.)

D'un autre côté, M. Herpin (de Genève), sur 68 épileptiques en a compté 19 dont le mal avait paru avant l'âge de dix ans, 27 entre dix et vingt ans, 11 entre vingt et trente, 11 après trente ans. (*Loc. cit.*, p. 335.)

M. Alègre a trouvé de même (*loc. cit.*, p. 6), sur 346 épileptiques, 119 dont la première attaque avait eu lieu avant l'âge de dix ans, 107 entre dix et vingt ans, 120 après vingt ans. Ainsi, loin qu'il y ait opposition dans les conditions d'âge, de sexe et d'hérédité qui prédisposent à l'épilepsie ou à l'hystérie, c'est une grande analogie qu'il faut constater entre elles.

Dans les observations d'hystéro-épilepsie que nous avons dépouillées, on n'a pas pu préciser l'âge du début de chacune des deux névroses lorsqu'elles ont paru à des époques différentes, mais la première apparition des crises a eu lieu :

Avant 5 ans.........	2 fois.	Entre 20 et 25 ans...	7 fois.
Entre 5 et 10 ans....	4 fois.	Entre 25 et 30 ans...	1 fois.
Entre 10 et 15 ans...	15 fois.	Age non indiqué.....	14 fois.
Entre 15 et 20 ans...	11 fois.		

Convulsions dans l'enfance. — Nous avons trouvé parmi nos malades, 10 ayant eu des convulsions dans leur enfance, 4 n'en ayant pas eu, 39 qui n'ont pu donner ce renseignement.

Causes occasionnelles. — Ce sont elles surtout qui donnent à la névrose sa forme spéciale. Hoffmann, Tissot. Esquirol, Maisonneuve, Louyer-Villermay, M. Landouzy, M. Moreau, ont conclu de leurs recherches que l'hystérie survient de préférence à la suite d'émotions morales et l'épilepsie à la suite d'une vive frayeur. M. Alègre, parmi ses 346 épileptiques, en a compté 121 qui l'étaient devenus par frayeur, et 19 seulement après des chagrins ou d'autres affections morales. M. Landouzy, au contraire, pour 52 cas d'hystérie, a noté comme cause 15 fois la frayeur et 37 fois des émotions.

L'hystérie paraît donc se développer surtout à la suite d'émotions morales ou physiques, quelquefois peu intenses, peu brusques, mais souvent répétées, et qui font prendre à l'organisme l'habitude maladive d'être ébranlée par les causes les plus faibles ; tandis que l'épilepsie succède à des impressions plus soudaines et plus fortes qui saisissent violemment l'être tout entier, le subjuguent et le domptent fatalement.

Pour l'hystéro-épilepsie la cause déterminante la plus fréquente est la frayeur, mais ce n'est pas la seule, car chez nos malades :

1 fois elle a succédé à une otite suppurée ;
1 fois id. à une fièvre typhoïde ;
1 fois id. à un choléra ;
18 fois elle est survenue à la suite de peur ou frayeur ;
6 fois à la suite d'émotions, viol, chagrin, contrariété ;
2 fois après des travaux exagérés, intellectuels ou physiques ;
1 fois à la suite de mauvais traitements ;
13 fois son apparition a coïncidé avec l'établissement, l'irrégularité, la suppression des règles ou avec une grossesse.

Dans d'autres observations aucune cause déterminante n'est indiquée. Rappelons ici que M. Legrand du Saulle a observé un cas d'hystéro-épilepsie occasionnée par la présence de larves d'insectes dans les sinus frontaux.

Imitation. — Il y a du danger à réunir les hystériques avec les épi-

leptiques. Nous avons vu l'état de plusieurs malades s'aggraver, et leurs attaques devenir plus fréquentes dans l'asile, parce qu'à certains jours il y a de véritables épidémies. Il suffit souvent qu'une hystérique ou une hystéro-épileptique soit malade, pour que plusieurs autres, par imitation ou plus encore par suite de l'émotion très vive que leur produisent les cris et la chute subite de la première, soient prises de leurs attaques. Dans ces cas, tantôt les attaques ont chez chaque malade leur cachet spécial et ordinaire (voyez nos observations I, III, IV, VIII), tantôt elles ont une tendance à l'uniformité, ce qui devient une cause efficiente de la transformation des névroses. Louyer-Villermay avait raison de faire remarquer (*Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXIII, p. 250) que « un des plus fâcheux résultats d'une méprise de diagnostic » entre l'hystérie et l'épilepsie, c'est de faire renfermer une jeune hys- » térique avec des épileptiques dont, par suite d'imitation ou par suite » de frayeur, elle est exposée à contracter la maladie. »

M. Beau (*loc. cit.*) a aussi observé « que parmi les personnes affec- » tées d'attaques épileptiques et hystériques, 5 ont été prises d'épilepsie » pendant leur séjour à la Salpêtrière ; chez toutes, à l'exception d'une » seule, l'hystérie s'est déclarée la première. »

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Tous les symptômes de l'hystérie et de l'épilepsie, dans toutes leurs variétés, peuvent se rencontrer chez les hystéro-épileptiques réunis en plus ou moins grand nombre. Nous n'avons pas à les décrire ici, cela nous entraînerait beaucoup trop loin sans utilité, puisqu'ils sont retracés dans les ouvrages consacrés spécialement à chacune des deux névroses. Nous répéterons simplement ce que nous avons déjà dit : il y a hystéro-épilepsie toutes les fois que, sur un même malade, se réunissent des symptômes qui, s'ils étaient isolés sur deux malades différents, constitueraient chez l'un de l'hystérie, chez l'autre de l'épilepsie. La seule

particularité à noter c'est que, dans bon nombre de cas, les symptômes se dévient de leur type. Ils offrent des anomalies, des irrégularités, des caractères mixtes ; ils tiennent parfois autant de l'hystérie que de l'épilepsie, à ce point qu'on ne sait plus laquelle des deux est prédominante. « Quoiqu'on reconnaisse, dit M. Landouzy (*loc. cit.*, p. 151), dans » les crises séparées, le type auquel elles appartiennent, on peut re- » marquer cependant certaines nuances apportées à la symptomato- » logie de l'épilepsie par l'hystérie, et de l'hystérie par l'épilepsie. Dans » l'hystéro-épilepsie à crises complexes, les prodromes sont moins ma- » nifestes et plus prochains que dans l'hystérie ; la perte de connais- » sance est immédiate et complète, les convulsions peuvent manquer » comme elles manquent chez un grand nombre d'hystériques et d'épi- » leptiques ; mais il n'est pas exact de dire qu'elles sont plus violentes » que dans l'hystérie. »

Le diagnostic de l'hystéro-épilepsie n'est pas difficile ; le mal est trop grave et trop tranché pour permettre une longue hésitation. On ne peut être embarrassé que lorsque, en l'absence de tout renseignement, on assiste à une crise convulsive chez un malade qu'on voit pour la première fois. Mais dans ce cas il suffit de remarquer que le malade est sans fièvre pour éloigner toute idée d'une affection aiguë du cerveau ou de ses enveloppes. La rapide cessation des accidents et les renseignements fournis par le malade quand il reprend connaissance, dissipent la crainte d'un empoisonnement par les strychnées ou par le chloroforme, et permettent de constater que les convulsions ne sont produites ni par l'éclampsie puerpérale, ni par l'alcoolisme. Le tétanos se reconnaît à des convulsions toniques, dont la persistance et le siége éclairent le médecin. Dans les cas d'empoisonnement saturnin, dans ceux de tumeur syphilitique, cancéreuse ou tuberculeuse de l'encéphale, donnant lieu à des convulsions hystéro-épileptiformes symptomatiques, le médecin sera souvent mis sur la voie du diagnostic par l'existence d'autres symptômes dus à la même cause qui a produit les convulsions.

La principale difficulté du diagnostic consiste à distinguer l'hystéro-épilepsie de l'épilepsie et de l'hystérie, et à préciser la part que prend

chacune de ces deux névroses dans les accidents de l'affection mixte. Il faut de plus la débarrasser des exagérations et des simulations que se plaisent à y ajouter certaines malades.

Pour quelques auteurs, l'hystérie n'existe que par les attaques convulsives. (Pour plus de clarté, et d'accord avec plusieurs praticiens, nous désignerons sous le nom d'*attaques* les crises convulsives de l'hystérie, et sous celui d'*accès* les convulsions épileptiques.) Georget ne la définit que par ce seul caractère, et dans une discussion au sein de la Société de médecine du département de la Seine, le 4 décembre 1857 (*Gazette hebdomadaire*, 1er janvier 1858, p. 12), M. Bourguignon a déclaré que la convulsion est un signe pathognomonique de l'hystérie. Aujourd'hui, néanmoins, de l'avis presque unanime, l'hystérie comprend bien autre chose que les attaques convulsives. «Elle n'est pas, » dit M. Gendrin (*Archives générales de médecine*, septembre 1846, » p. 113), uniquement caractérisée par des attaques spasmodiques re- » produites par intervalles ; c'est une maladie continue qui présente » toujours, dans les intervalles des attaques, des symptômes qui suffi- » sent pour la caractériser. » De toutes ses manifestations les plus fréquentes sont l'état nerveux ou hystéricisme de Cullen (nervosisme de M. Bouchut, névropathie protéiforme de M. Cerise), puis l'hyperesthésie et l'anesthésie dont M. Gendrin a fait le cachet, le caractère constant et permanent de l'hystérie. Plus accidentellement, la paralysie, la contracture, le coma, la syncope, les perversions du sentiment et des sensations internes, la catalepsie, l'extase, le somnambulisme, les hallucinations, le délire et la manie.

On ne peut pas davantage caractériser l'épilepsie exclusivement par les accès convulsifs, quoiqu'ils en soient le symptôme de beaucoup le plus fréquent. Il ne faut pas oublier qu'elle se manifeste assez souvent par des vertiges, ou d'une façon plus bornée, par des accidents nerveux très variables, tels que de simples secousses convulsives, certains tics, certaines angines de poitrine, des troubles passagers de la sensibilité générale ou spéciale, des accès de délire aigu, de manie ou de monomanie impulsive, et enfin par l'imbécillité et la démence.

La plupart de ces symptômes ne laissent aucun doute sur le diagnostic à poser ; personne ne prendra pour de l'hystérie le vertige épileptique, ou pour de l'épilepsie le spasme hystérique, même lorsqu'ils se trouveront réunis sur un seul malade. Mais pour les crises convulsives, la question est un peu plus difficile ; les auteurs ne s'entendent pas sur ce qui différencie les convulsions des deux névroses. Celui qui nous paraît en avoir donné le meilleur diagnostic différentiel est M. Briquet, dont nous reproduisons ici le tableau comparatif. (*Loc. cit.*, p. 390.)

Hystérie.	*Épilepsie.*
Les attaques qui n'ont pas lieu à des intervalles très rapprochés, ont presque toujours une cause appréciable.	Les attaques paraissent presque toujours sans cause appréciable, elles viennent sans motif apparent.
Dans les seuls cas où les attaques ont lieu, soit plusieurs fois par jour, soit tous les jours, soit à des époques fixes, il n'y a pas de cause appréciable.	Les attaques n'ont jamais lieu aussi fréquemment ni à des intervalles aussi réguliers que le font les attaques hystériques.
L'attaque a presque toujours un point de départ, soit primitif, soit secondaire, et le plus souvent ce point est l'épigastre. Dans les cas rares où l'estomac n'est pas le siége des premiers malaises, ceux-ci partent, soit de l'encéphale, soit des membres.	Jamais l'épigastre n'est le point de départ ; il existe quelquefois une aura qui a ordinairement son siége dans les membres.
Il y a toujours des malaises, un globe hystérique et de la strangulation quelques instants avant la perte de connaissance.	La perte de connaissance est instantanée, et n'est précédée d'une aura que dans quelques cas rares.
L'hystérique, avant de tomber, a le temps de gagner un abri.	L'épileptique tombe subitement au milieu des occupations qui lui offrent le plus d'intérêt.
Les convulsions se rapportent à la mimique des passions, des sensations ou des actes ordinaires de la vie.	La convulsion est une sorte de tétanos ne ressemblant pas aux mouvements qui ont lieu dans l'état physiologique.
Il y a rarement de l'écume à la bouche.	Il y a toujours de l'écume à la bouche.

Hystérie.	*Épilepsie.*
L'attaque se termine par des sanglots, par des pleurs, et dans quelques cas très rares par le sommeil ; puis ont lieu les urines caractéristiques.	Rien de particulier à la fin de l'attaque, le malade semble seulement se réveiller.
Après l'attaque, il y a toujours vingt-quatre heures de céphalalgie, de malaise et de courbature dans les membres.	Après l'attaque, il y a quelquefois de la céphalalgie qui n'a que quelques heures de durée, et point d'autres malaises.
L'attaque dure un temps assez long, au moins un quart d'heure.	L'attaque dure très peu de temps, dix à douze minutes au plus.

Ce tableau montre d'une façon très approximativement exacte les moyens de diagnostic dans les cas ordinaires ; mais les cas exceptionnels et mixtes sont nombreux, et il n'est aucun des caractères énumérés ci-dessus qui ne puisse manquer là où on croirait le trouver, ou se montrer là où il n'est pas attendu. Nous croyons faire une œuvre de quelque utilité en cherchant à démontrer, par le rapprochement de quelques fragments des traités spéciaux, que toutes les différences entre les attaques hystériques et les accès épileptiques se résument en ce que l'épilepsie est plus cérébrale que l'hystérie, et que la volonté du malade conserve un reste de pouvoir sur les convulsions hystériques, tandis qu'elle n'en a plus aucun sur celles de l'épilepsie. Chemin faisant, nous indiquerons par leur numéro d'ordre celles de nos observations qui sont confirmatives des faits que nous cherchons à mettre en relief.

1° PRODROMES ET PHÉNOMÈNES INITIAUX DES CRISES.

Épilepsie. — Crise toujours brusque, sans aucune influence de la volonté, avec chute, cri, perte de connaissance (Brachet). — En général, pour chaque malade, le début a une forme déterminée et connue ; il est subit ou précédé de prodromes, même pendant plusieurs jours, comme une douleur locale, quelque trouble nerveux, quelque sensation inso-

lite des sens. Chez quelques malades, le cri initial n'existe jamais ; chez d'autres, il n'existe que dans quelques accès (Sandras). — Il y a quelquefois des phénomènes précurseurs éloignés, et les malades en profitent pour se garantir des accidents qui sont l'effet de la chute (Esquirol).

Hystérie. — Quelques heures et souvent plusieurs jours avant l'attaque, les femmes se plaignent d'un malaise général ; elles sont inquiètes, impatientes, tristes ; tout leur cause de l'ennui, elles pleurent, etc. (Monneret). — La boule ou globe hystérique est beaucoup plus rare qu'on ne le dit communément (Georget). — Quelquefois les attaques débutent brusquement et sans aucun phénomène précurseur (Briquet). — L'attaque hystérique peut débuter tout à coup et montrer brusquement une violence qui lui donne quelque ressemblance avec l'épilepsie. Quelquefois la respiration paraît suspendue, puis brusquement survient une inspiration violente avec un cri (Sandras).

Conclusion. — Les prodromes varient beaucoup dans l'une comme dans l'autre ; ils sont souvent les mêmes dans les deux affections ; dans toutes deux, ils peuvent manquer. Généralement, ils sont plus fréquents et de plus longue durée dans l'hystérie que dans l'épilepsie.

2° PERTE DE CONNAISSANCE ET DE SOUVENIR.

Épilepsie. — La perte de connaissance et de sentiment est, d'après Pinel, le signe distinctif entre l'épilepsie et l'hystérie. Si l'on rejette ce caractère, il n'y a plus de ligne de démarcation entre l'épilepsie et d'autres maladies convulsives, et en particulier l'hystérie. Quelquefois cette perte de connaissance est si courte qu'à peine on l'aperçoit (Maisonneuve). — Aucun épileptique ne conserve le souvenir de son état, aucun n'en a eu sans doute le sentiment (Esquirol). — Lorsque l'accès débute anormalement, la perte de connaissance n'est point complète dans le premier temps de l'accès, et peut-être que, dans un grand nombre d'autres circonstances, les malades ne sont privés de leurs sens qu'après la chute (Alègre).

Hystérie. — L'intelligence reste entière pendant la plus grande partie de l'attaque; ce n'est guère que quand l'attaque est portée au maximum que la perte de connaissance arrive, et elle n'est que momentanée (Sandras). — Jamais la perte de connaissance ne se manifeste au début; elle est graduelle (Landouzy). — Chez les malades qui perdent complétement connaissance, les convulsions sont plus intenses et se rapprochent davantage de l'accès épileptique (Georget). — Dans la majorité des cas, la perte de connaissance succède très promptement à la strangulation ; elle a lieu subitement, et quand, après l'accès, les malades sont revenues à elles-mêmes, elles n'ont aucun souvenir de ce qui s'est passé (Briquet).

Conclusion. — La perte de connaissance, que Pinel et Maisonneuve considéraient comme pathognomonique de l'épilepsie, ne l'est donc pas autant qu'ils le croyaient. Nous devons remarquer toutefois que dans l'hystérie, même dans les cas où la perte de connaissance et de souvenir est complète, l'intelligence n'est pas complétement enrayée, car souvent la malade parle, prononce des mots et des phrases qui ont une signification, et qui paraissent se rapporter à une idée dominante ou à un souvenir des circonstances qui ont accompagné le début de la maladie. (Obs. I, II, III, VI, VIII.)

3° ABOLITION DE LA SENSIBILITÉ.

Épilepsie. — La sensibilité est toujours complétement et immédiatement abolie (Landouzy).

Hystérie. — La sensibilité est conservée pendant la plus grande partie de l'attaque; c'est un des grands caractères qui la distinguent de l'épilepsie; mais, au summum de l'attaque, elle est très émoussée et s'éteint partout ou en certains points (Sandras). — Les malades ne voient plus, n'entendent plus et ne sentent plus rien; les excitations, la brûlure, les piqûres, ne sont en aucune manière senties (Briquet).

Conclusion. — Dans l'épilepsie et dans les fortes attaques de convul-

sions épileptiformes, l'insensibilité paraît être absolue et consister en une abolition de la perception ; elle serait cérébrale et liée à la perte de connaissance, puisqu'elle cesse avec cette dernière. Dans l'hystérie ordinaire, l'insensibilité, qui persiste souvent entre les attaques, paraît être une perversion de la sensibilité cutanée, avoir son siége à la périphérie plutôt que dans les centres nerveux.

4° CARACTÈRES DES CONVULSIONS.

Épilepsie. — Tous les membres sont agités par un tremblement affreux. Le malade se meut dans un espace fort circonscrit ; la flexion s'observe constamment pour un des pouces ou pour les deux, et ils sont enveloppés par les autres doigts. Le malade ne porte jamais sa main vers l'épigastre et surtout vers la région du larynx (Margue). — La figure, les membres, tout le corps, ont des convulsions rapides, brusques, saccadées, plus prononcées d'un côté du corps que de l'autre (Sandras). — Le tronc, renversé brusquement, se soulève pour retomber encore ; il se tord en divers sens, se recourbe, se roule sur le pavé, ou bien reste dans un véritable tétanos. Tous les accès ne sont pas aussi terribles, les convulsions ne sont pas toujours générales, les malades ne sont pas toujours renversés (Esquirol). — Dans l'épilepsie, les symptômes sont plus cérébraux ; les secousses convulsives elles-mêmes semblent provenir du cerveau ; elles sont automatiques, involontaires, en quelque sorte fatales (Delasiauve).

Hystérie. — Convulsions ordinairement violentes, avec secousses ou retours brusques analogues à ceux de l'épilepsie, mais moins brusques, moins roides, plus moelleuses, quoique plus intenses, déplaçant le corps (Brachet). — Les convulsions sont commandées par la douleur, déterminées par la volonté (Georget). — Dans l'hystérie, les convulsions ne sont plus automatiques ; il semble que la volonté à demi vaincue s'efforce, dans un effort suprême, de coordonner ces mouvements vers un but déterminé (Delasiauve).

Conclusion.—Ni la force, ni l'étendue, ni l'inégalité des convulsions, ni la position des pouces ne sont des signes pathognomoniques de l'épilepsie. Georget et M. Delasiauve ont indiqué un caractère différentiel beaucoup plus important et plus constant, lorsqu'ils ont dit que les convulsions hystériques sont en partie soumises à une influence de la volonté, et que celles de l'épilepsie lui sont absolument soustraites. Nous croyons avec ces auteurs que le véritable caractère différentiel entre les crises convulsives des deux affections ne peut être trouvé que dans la part qu'elles laissent à l'intervention cérébrale, c'est-à-dire à la perception et à la volonté du malade, et nous disons :

Les crises convulsives sont épileptiques lorsque les convulsions sont fatales, tétaniques, entièrement soustraites à une action quelconque de la volonté du malade, lorsqu'elles s'accompagnent de perte subite et complète de toute sensibilité, de toute intelligence, de toute perception tant interne qu'externe.

Elles sont hystériques quand les convulsions ne sont pas entièrement soustraites à la volonté du malade, quand elles ont un certain rapport avec les cris qu'il pousse et avec l'idée ou la passion qui paraît le dominer ; quand, par conséquent, il reste au moins la perception des sensations internes et parfois des sensations externes, bien que le malade puisse n'en conserver aucun souvenir quand la crise est passée.

5° ÉCUME A LA BOUCHE. ASPECT DE LA FACE.

Epilepsie. — La figure est livide, une écume abondante sort de la bouche (Margue). — L'écume à la bouche ne se voit pas toujours (Maisonneuve). — La face est le siége d'agitations spasmodiques (Delasiauve). — Pendant les convulsions, le visage passe par des colorations diverses. On observe par saccades la pâleur, puis la turgescence et la rougeur des plus prononcées ; puis une pâleur plombée après le paroxysme et pendant toute la durée du coma. Souvent la langue est mordue (Sandras). — L'œil injecté s'élance hors de l'orbite ou se meut convulsivement. La mâchoire inférieure est serrée contre la supérieure ou s'en

écarte jusqu'à se luxer. La voix n'est que gémissements et soupirs. Quelquefois les épileptiques poussent des hurlements plus ou moins prolongés, plus ou moins effrayants (Esquirol).

Hystérie. — Dans un très petit nombre de cas, la face est contournée et violette comme dans l'épilepsie ; quelquefois aussi les malades rendent par la bouche une écume abondante (Georget). — Tantôt les yeux roulent et se convulsent, tantôt il y a strabisme. Le plus souvent les mâchoires se contractent avec grincement, claquement des dents, morsures à la langue (Landouzy). — Dans la forme apoplectique, la face est rouge et vultueuse ; il y a un état comateux ou soporeux, quelquefois du stertor, quelquefois des cris profonds et farouches (Brachet).

Conclusion. — Bien peu de différences à noter en dehors des changements brusques de coloration de la face de l'épileptique, lesquels même s'observent quelquefois aussi, mais moins brusques, chez l'hystérique.

6° TERMINAISON DES CRISES.

Epilepsie. — L'issue des accès complets est diverse : certains malades, malgré l'intensité des symptômes, recouvrent leur connaissance et leurs facultés avec la promptitude et, pour ainsi dire, la netteté des accès les moins sérieux. Presque toujours il subsiste de l'accablement, de l'hébétude, de la céphalalgie, de la fatigue dans les membres et souvent un vrai délire (Delasiauve). — L'émission d'une urine nerveuse, abondante, claire et limpide, qui était pour Hippocrate un signe de l'épilepsie, est pour Sydenham pathognomonique de l'hystérie (Van Swieten).

Hystérie. — Un phénomène des plus remarquables est la promptitude avec laquelle, l'attaque terminée, renaissent le naturel de la physionomie, la sûreté des sens, l'activité de l'intelligence, en un mot l'intégrité de toute l'économie (Landouzy). — Après l'attaque, quelques troubles nerveux persistent : pleurs, saccades convulsives, douleurs ;

mais tout cesse peu à peu, il ne reste qu'un sentiment de lassitude, de fatigue de corps et d'esprit (Sandras). — Chez un petit nombre de malades, il reste un état de délire et de rêvasserie pendant lequel les malades font des choses déraisonnables (Briquet).

Conclusion. — Des deux parts, terminaison, tantôt prompte et complète, tantôt lente et graduelle. Si cette dernière est la règle pour l'épilepsie, et si l'intelligence y est plus lente à revenir, cela ne tient-il pas à ce que l'accès est plus cérébral, plus apoplectique ? Lorsqu'il est peu intense, les facultés intellectuelles renaissent avec une extrême rapidité. Nous avons observé (obs. IX) une malade épileptique présentant cette forme d'accès que M. Delasiauve appelle accès intermédiaire, et chez laquelle le retour des facultés intellectuelles précédait la cessation complète des convulsions.

7° CIRCONSTANCES QUI PEUVENT MODIFIER LES CRISES.

Epilepsie. — Les auteurs ont cité plusieurs exemples d'épileptiques dont les accès, débutant par des auras éloignées, pouvaient être enrayés ou retardés au moyen de ligatures, de section de nerfs, ou de vésicatoires; jamais on n'a vu la volonté du malade réussir à arrêter la marche d'un seul accès.

Hystérie. — Les malades conservent sur leurs attaques un certain empire ; ils peuvent dissimuler jusqu'à un certain point leur maladie, arrêter leurs convulsions par une volonté ferme, les suspendre pour un certain temps, les transporter sur une autre partie, ou même les laisser remplacer par des douleurs (Sandras). — On ne remarque pas que les femmes hystériques soient frappées d'une attaque dans les rues et sur les places publiques, comme le sont souvent les épileptiques (Dubois, d'Amiens.)

Conclusion. — La malade peut, par sa volonté, modifier quelquefois les crises de l'hystérie la plus violente, tandis qu'elle est dominée irré-

sistiblement dans l'épilepsie, aussi bien par le vertige le plus léger que par les accès convulsifs les plus forts.

8° PRONOSTIC DES CRISES.

Epilepsie. — Les accès laissent après eux des bizarreries dans le caractère : les malades éprouvent de la honte, de la peur ; ils sont soupçonneux, rancuniers, susceptibles, tenaces, et d'une sensibilité vive dans leurs bonnes affections (Sandras). — L'épilepsie finit ordinairement par dégrader et anéantir l'intelligence ; elle tue quelquefois dans une forte attaque ; elle abrége la vie (Georget). — L'épileptique parcourt en quelque sorte tous les degrés de la gamme maniaque, depuis l'irascibilité capricieuse, l'excitation turbulente, jusqu'à l'incohérence et la fureur la plus déréglée (Delasiauve).

Hystérie. — On a vu les crises hystériques occasionner la perte ou la diminution de la mémoire, une sorte de stupeur mentale ; cela n'arrive et ne peut arriver que rarement, et seulement quand les crises sont violentes, souvent renouvelées, et surtout lorsqu'elles agissent vivement sur l'encéphale (Brachet). — L'hystérie est une maladie qui atteint toute l'économie, l'altère profondément et finit par ne plus laisser qu'une organisation dégradée, de laquelle ne peut plus rien sortir de sain et de robuste (Briquet).

Conclusion. — L'épilepsie dominant plus despotiquement sur l'organisme, son pronostic est plus sérieux que celui de l'hystérie, dont tous les auteurs s'accordent à reconnaître la gravité croissante à mesure qu'elle devient plus épileptiforme. L'une et l'autre peuvent amener la dégradation complète de l'intelligence ; M. Morel en a rapporté de tristes exemples relatifs à l'hystérie. Toutes deux peuvent, en outre, conduire à la manie.

RÉSUMÉ.

En parcourant le parallèle qui précède, de même qu'en observant cliniquement les malades, on retrouve dans les crises convulsives épileptiques et hystériques les mêmes troubles de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence; fréquemment des prodromes de même nature, et souvent des accidents consécutifs identiques. Les différences se réduisent à quelques divergences dans l'intensité ou l'aspect de chaque phénomène; dans le caractère des convulsions, par exemple, qui sont plus toniques, plus fatales, plus involontaires dans l'épilepsie que dans l'hystérie; dans le degré ou l'instantanéité de l'abolition de la sensibilité et de la connaissance; dans la durée des phénomènes précurseurs; dans les changements de coloration de la face; dans la promptitude du retour de l'intelligence, et dans sa dégradation consécutive. Tous ces caractères différentiels réunis ne constituent pas une séparation fondamentale entre les deux affections, mais ils montrent que l'épilepsie agit plus et plus fortement que l'hystérie sur le cerveau. centre des perceptions et des volontés, de telle sorte que celles-ci sont annulées par la première et seulement voilées par la seconde; c'est là une différence qu'il ne faut pas perdre de vue dans le diagnostic. Ainsi, lorsqu'une hystéro-épileptique présentera des crises complexes dans lesquelles les deux névroses se mélangeront intimement, lorsqu'on sera embarrassé pour établir le diagnostic, il faudra en dernière ressource faire la part de l'hystérie et celle de l'épilepsie d'après l'influence que la volonté de la malade conserve ou ne conserve pas sur les convulsions et sur tous les phénomènes des crises.

FORMES.

« L'hystéro-épilepsie a deux formes bien distinctes : dans la pre-
» mière, il y a tantôt des accès d'hystérie, tantôt des accès d'épilepsie;

» dans la seconde, les accès se composent en même temps de symptômes » hystériques et de symptômes épileptiques réunis. » (M. Landouzy, *loc. cit.*, p. 144.) Presque tous les auteurs ont admis ces deux formes, et nous croyons leur existence parfaitement démontrée; mais comme dans cette division il n'est tenu compte que des crises convulsives, tandis qu'assez souvent la crise convulsive d'une des deux affections se mêle à des accidents non convulsifs de l'autre, nous préférons former les cinq groupes suivants :

1° Avec des attaques hystériques il existe quelqu'une des manifestations non convulsives de l'épilepsie, vertige, absence, rapprochée ou éloignée de l'attaque. M. Beau a observé deux cas de ce genre ; nous en avons vu un cas (obs. VI).

2° Des accès épileptiques se compliquent de l'une des formes de l'hystérie non convulsive. M. Landouzy parle de cette forme, mais il n'en fait pas un groupe distinct.

3° Il existe des attaques hystériques et des accès épileptiques parfaitement distincts et séparés. C'est de cette sous-variété qu'Esquirol a dit : « Avec un peu d'habitude, on reconnaît fort bien, lorsque les » attaques sont séparées, à laquelle des deux maladies appartiennent les » convulsions auxquelles les malades sont actuellement en proie. » (*Traité des maladies mentales*, t. I, p. 284.) Nous avons vu des cas de ce genre (obs. VI et VII).

4° Dans le cours d'une seule et même crise convulsive, on observe des phénomènes, les uns hystériques, les autres épileptiques, tantôt se succédant immédiatement, comme si les uns servaient de prodromes ou d'aura aux autres (obs. I, III), tantôt mélangés et enchevêtrés d'une façon plus ou moins inextricable (obs. II, V).

Cette forme offre le plus de difficultés au diagnostic et l'aspect le plus varié. « Elle présente des proportions différentes dans les rapports » des phénomènes hystériques et épileptiques : tantôt ce sont les pre- » miers qui prédominent, tantôt ce sont les seconds. Nous les avons vus » se combiner en commençant tantôt par les phénomènes hystériques, » tantôt par les phénomènes épileptiques. » (Brachet, *loc cit.*, p. 283.)

« Les attaques sont tantôt soudaines, tantôt précédées de malaises, » tels qu'une céphalalgie violente, de l'agitation, de l'oppression à l'épi- » gastre, une sensation de globe montant de l'épigastre au cou; puis » survient la perte de connaissance avec dyspnée extrême, face livide » et tuméfiée, écume à la bouche, distorsion des yeux, respiration » stertoreuse, puis à la fin coma ou sanglots et pleurs, et enfin brise- » ment des membres pendant plusieurs heures. » (Briquet, *loc. cit.*, p. 402.) — « On voit une malade prise d'étouffement hystérique, puis » de convulsions hystériques; mais voilà qu'elle cesse de se débattre » violemment, de crier; elle est en proie à une convulsion tétanique de » tout le corps, la tête se contorsionne violemment, le visage aussi, il » devient vultueux, le globe de l'œil fortement tourné en haut; au bout » de quelques secondes, quelques convulsions cloniques dans les » membres annoncent la fin de l'attaque, il sort de la bouche une » écume souvent sanguinolente; évidemment c'est là de l'épilepsie. » Mais, le plus ordinairement, à peine la rémission semble-t-elle arri- » ver que voilà les convulsions générales, cloniques, hystériques; puis » nouveau paroxysme épileptique, et les mêmes phénomènes se répètent » un plus ou moins grand nombre de fois. Souvent encore l'appareil » convulsif formidable calmé, la malade reste en proie à l'attaque » interne, à l'étouffement hystérique. Évidemment il y a ici mélange » d'hystérie et d'épilepsie. » (Briffaut, *loc. cit.*, p. 42.)

5° Les quatre sous-variétés précédentes ne s'excluent pas les unes les autres ; elles peuvent se combiner diversement. Chez plusieurs de nos malades (obs. I, II, III, IV) il se présente tour à tour des accès, des attaques et des attaques-accès ; quelquefois même de simples vertiges. « Il n'est pas rare de voir chez la même malade, tantôt des crises sépa- » rées d'hystérie et d'épilepsie, tantôt des crises composées dans les- » quelles les deux névroses se trouvent combinées. Dans quelques cas » enfin, les symptômes épileptiques ne se présentent jamais séparés, » mais ils compliquent certains accès d'hystérie, tandis qu'ils ne com- » pliquent pas les autres. » (Landouzy, *loc. cit.*, p. 145.)

MARCHE.

Relativement à la marche, il y a trois espèces d'hystéro-épilepsies bien établies par M. Briquet.

1° L'hystérie et l'épilepsie sont coévales, elles ont débuté en même temps. « Quelquefois la complication existe d'emblée ; les deux maladies » se développent simultanément, et elles continuent à marcher en- » semble. » (Brachet, *loc. cit.*, p. 387.)

« Qu'une émotion violente, et surtout une vive frayeur, car c'est » d'après nos observations la cause la plus fréquente, frappe une jeune » fille nerveuse, et dans le paroxysme qui naîtra sous cette influence, » seront combinés les accidents de l'épilepsie et de l'hystérie. » (Landouzy, *loc. cit.*, p. 146.)

Cette espèce peut se montrer sous les cinq formes mentionnées dans le paragraphe précédent.

2° L'hystérie existait seule d'abord, l'épilepsie n'est survenue que plus tard. Willis, M. Landouzy, M. Briquet, ont chacun vu une fois cette marche de la maladie. Sandras aussi paraît l'avoir observée, car il dit (*loc. cit.*, p. 205) : « Il arrive assez souvent que des hystéries graves, » ayant tous les caractères de cette maladie, se transforment, lorsque » quelque cause trouble l'organisme, en une sorte d'épilepsie. » Dans cette espèce (obs. VIII) il peut se présenter trois alternatives :

L'hystérie cesse et fait peu à peu place à l'épilepsie.

L'hystérie persiste et se complique de vertiges ou d'accès isolés.

L'hystérie devient épileptiforme, l'attaque devient attaque-accès.

3° L'épilepsie a paru la première et l'hystérie ne s'est déclarée qu'après (obs. II). « Quand chez une jeune fille atteinte d'épilepsie sur- » viennent des causes morales, telles que le chagrin, les contrariétés, » les peines de cœur, on voit alors apparaître les phénomènes princi- » paux de l'hystérie. » (Briquet, *loc. cit.*, p. 400.) Ici encore trois alternatives peuvent se présenter :

L'épilepsie cesse et fait peu à peu place à l'hystérie.

L'épilepsie persiste et se complique d'accidents hystériques isolés.

L'épilepsie devient hystériforme, l'accès devient attaque-accès.

DURÉE, TERMINAISON, PRONOSTIC.

La durée de la maladie est toujours de plusieurs années. « Quant à » sa terminaison, elle varie, dit M. Landouzy ; tantôt la maladie cesse » complétement à l'époque critique, tantôt après le mariage, tantôt dès » l'établissement ou le retour régulier des menstrues, tantôt les deux » névroses combinées disparaissent en même temps, tantôt l'épilepsie » persiste après la disparition de l'hystérie. » Ce jugement nous paraît trop favorable et un peu entaché d'idées théoriques sur la cause du mal. Nous avons eu l'occasion d'observer sept femmes qui avaient été hystéro-épileptiques. Or, toutes les sept sont encore, ou ont été jusqu'à leur mort, sujettes à des accidents nerveux revenant irrégulièrement.

La première, P..., a des accès de délire aigu.

La seconde, V..., avait des accès d'angine de poitrine et était atteinte d'une affection cardiaque (symptômes de rétrécissement aortique) ; elle est morte hydropique, et malheureusement les parents ont mis opposition à ce que l'autopsie fût faite.

La troisième, V..., est sujette à des névralgies irrégulièrement intermittentes.

La quatrième, E..., a de fréquentes migraines.

La cinquième, A..., ne peut éprouver un peu de fatigue ou une émotion même légère, sans voir survenir l'un des accidents suivants : palpitations, accès d'asthme et parfois de l'angine de poitrine caractérisée par une douleur fulgurante dans le côté gauche de la poitrine et dans le bras gauche, avec pâleur puis rougeur de la face, refroidissement considérable de la main gauche. Un jour, ayant essayé pendant un accès d'asthme, de fumer une cigarette de datura et de tabac, à peine avait-elle aspiré une seule bouffée de fumée, que nous la vîmes prise de spasmes

des muscles respiratoires, de trismus, de perte complète de connaissance pendant quelques secondes, puis de délire avec loquacité durant quelques minutes, et enfin de vomissements et de céphalalgie qui persista toute la journée.

La sixième, P..., n'éprouva plus de crises convulsives, mais les contrariétés, les chagrins, les changements atmosphériques font naître chez elle des étouffements et la sensation de boule remontant de l'épigastre au cou.

Chez la septième enfin, S..., les attaques d'hystéro-épilepsie ont perdu le caractère hystérique pour conserver celui de l'épilepsie la plus pure et la plus horrible. Mais ces accès eux-mêmes ont diminué de fréquence tout en se compliquant d'accès d'angine de poitrine, effrayants par leur intensité et leur longue durée, et qui se sont reproduits de plus en plus fréquemment jusqu'au moment de la mort survenue dans le courant de l'année 1862. Chez cette malade, dont l'histoire est extrêmement intéressante à plus d'un titre, nous avions observé, ainsi que cela est consigné dans la thèse de M. Capelle (*De l'angine de poitrine*. Paris, 1861, p. 37), une sorte d'alternance entre les différents phénomènes morbides : angine de poitrine, diarrhée séreuse, dyspnée avec expectoration visqueuse, tuméfaction inflammatoire de tumeurs superficielles qu'à l'autopsie on a reconnu être formées par des ganglions lymphatiques, et qu'on avait prises pendant la vie pour des névromes, et une fois une sécrétion abondante d'urates dont les cristaux, reconnaissables à l'œil nu et au microscope, étaient solubles dans l'acide nitrique et donnaient, après évaporation, naissance à la purpurine sous l'influence des vapeurs ammoniacales. L'observation de cette malade offre encore, entre autres points à noter, qu'elle a succombé à une phthisie pulmonaire à marche très rapide, et que l'examen nécroscopique du système nerveux dans son entier, fait avec le secours du microscope par MM. Duguet et Charcot, n'a révélé aucune altération matérielle appréciable.

Il semble, d'après ces faits, que la guérison ne peut s'obtenir sans laisser après elle quelque phénomène nerveux, qui rappelle à la malade

qu'elle a été sujette à des attaques, et qui doit inspirer au médecin une crainte constante de voir récidiver l'affection convulsive.

Quand elle ne guérit pas, l'hystéro-épilepsie affaiblit moins que l'épilepsie pure les facultés intellectuelles. La plupart de nos malades ont la bizarrerie et la mobilité de caractère des hystériques; quelques-unes ont des périodes d'irascibilité, d'agitation ou de délire aigu après leurs attaques, mais l'imbécillité et la démence n'ont été notées que rarement. Une fois cependant nous avons vu l'imbécillité survenir. Une autre fois, des hallucinations de la vue, alternant avec l'agitation maniaque ou la compliquant, se sont unies à des impulsions subites et involontaires ou quelquefois conscientes au suicide (obs. V). Dans un troisième cas, du délire somnambulique compliqué d'extase s'est montré à plusieurs reprises (obs. VIII).

TRAITEMENT.

Le traitement de l'hystéro-épilepsie se fait d'après les mêmes indications que celui des deux névroses qu'elle réunit en une seule. Lorsqu'il s'agit d'une maladie si grave, si tenace, si pénible pour le malade et pour ceux qui l'entourent; d'une maladie qui non-seulement dompte brutalement l'organisme, mais qui le plus souvent frappe aussi les facultés morales et intellectuelles, le premier devoir du médecin est de chercher à en empêcher le développement, l'étude de l'étiologie lui ayant fait connaître quelques-unes des conditions qui peuvent en favoriser la naissance.

La première indication, puisque l'hérédité joue un grand rôle dans la production des névroses, est, dans le cas où le médecin pourra le faire étant consulté à ce sujet par les parties intéressées, de déconseiller le mariage entre personnes atteintes toutes deux de névropathies graves. Dans ce cas, en effet, le danger est réel pour les enfants. Si le mariage existe déjà, la mauvaise prédisposition qui en résulte doit être combattue par des moyens hygiéniques et thérapeutiques chez les en-

fants. A la première apparition d'accidents nerveux (éclampsie, spasmes, contractures, chorée), il faut redoubler de précautions pour écarter tout ce qui risquerait de devenir une occasion de convulsions, comme les sensations fortes ou agaçantes, la douleur, l'insolation prolongée, la colère, la jalousie, etc., et pour surveiller avec le plus grand soin les maladies aiguës qui pourraient les faire éclater. La même surveillance doit être continuée pendant la seconde enfance et l'adolescence. L'éducation, dans l'intérêt de la santé, sera dirigée de manière à ne pas débiliter un système nerveux déjà pathologiquement impressionnable. Cela ne signifie pas qu'il faille prodiguer à l'enfant des soins trop délicats qui l'affaibliraient toujours plus, ni lui laisser voir qu'on craint pour lui les émotions et les impressions vives; cela le rendrait toujours plus irritable et plus volontaire ; on aurait précisément produit ce qu'il faut à tout prix éviter.

A un enfant ainsi prédisposé, il faut donner une bonne hygiène, de l'air, de la lumière, une nourriture substantielle, mais pas trop fortement azotée, et des exercices corporels quotidiens unis à des travaux intellectuels rendus attrayants par la variété. Loin de donner libre carrière à ses goûts et à ses capacités exceptionnelles et au-dessus de son âge, il faut les équilibrer en cherchant à amener au même niveau les facultés et les sentiments qui sont moins développés, en ayant soin de suspendre le travail, tant intellectuel que corporel, avant que la fatigue ait amené une exaltation factice des forces. La frayeur, l'envie, les froissements d'amour-propre, la surexcitation de la sensibilité physique ou morale, la société d'enfants névrosthénisés, pouvant faire naître des accidents redoutables, il convient d'en éloigner, autant que possible, toutes les occasions. Plus tard, il faut encore surveiller et faciliter l'établissement de la puberté et des époques cataméniales.

Lorsque, malgré toutes les précautions, des accidents convulsifs ou spasmodiques viennent à se produire et qu'on en craint le retour, qu'y a-t-il à faire? Avant toute autre chose, il faut reconnaître quelle en a été la cause occasionnelle pour empêcher qu'elle se reproduise. C'est

ainsi que la régularisation des fonctions menstruelles ou génitales, le renoncement aux mauvaises habitudes et aux excès de toute nature, ont suffi quelquefois pour amener des guérisons. Si, malgré cela, les accidents se reproduisent, il faut choisir parmi les médications qui ont une action sur l'organisme celle qui, d'après des vues de saine thérapeutique, peut devenir la base d'un traitement rationnel. Les antiphlogistiques et les évacuants trouvent leur application dans quelques cas, lorsque, par exemple, la pléthore, la suppression de flux périodiques, l'état saburral gastrique ou intestinal, ont coïncidé avec l'apparition de la maladie. La médication tonique et reconstituante est bien plus fréquemment indiquée, puisque, dans plus de la moitié des cas, la névropathie est liée primitivement ou consécutivement à la chlorose, à l'anémie ou à quelque cachexie débilitante. L'hydrothérapie et les ferrugineux sont très souvent utiles car ils ont une action double, sur le sang auquel ils redonnent sa constitution normale, et sur le système nerveux qu'ils sthénisent et rendent moins excitable. Les révulsions cutanées ou intestinales, les exutoires, ont obtenu des succès et ne doivent pas être négligés lorsqu'on observe l'alternance entre les accidents nerveux et quelque éruption ou sécrétion dont l'apparition fait fonction de crise. Quant aux révulsions morales produites par de vives secousses et par des impressions brusques et soudaines, leur danger nous paraît pour le moins égaler les chances d'effet salutaire qu'on peut en retirer; aussi ne les conseillerions-nous que pour les cas très rares où l'on peut, presque à coup sûr, calculer les ébranlements qu'elles produisent.

Si nous ne mentionnons qu'en dernier lieu les médications antispasmodique et narcotique, dont l'emploi se trouve souvent indiqué dès le début, et dont on peut retirer de très précieux effets curatifs, c'est que ce sont elles qui réussissent le mieux dans le traitement palliatif, lorsque le mal est ancien et ne laisse que peu d'espoir de guérison. Les substances qu'elles utilisent, et en particulier l'éther, l'ammoniaque, la belladone, l'asa fœtida, l'opium, rendent des services incontestables pour faire avorter, pour retarder ou pour atténuer les

crises convulsives, et pour rendre le calme aux malheureuses malades.

Nous devons enfin parler de l'électricité, que nous avons souvent employée à la Salpêtrière, soit sous forme de courants intermittents, soit en courants continus. Cette dernière méthode, très souvent employée par M. Remak (de Berlin), et par laquelle M. Hiffelsheim veut combattre presque toutes les névroses, M. Moreau a jugé utile d'en faire quelques expériences, et il a bien voulu nous en confier l'exécution. Or nous n'avons pas vu se produire entre nos mains les effets salutaires que M. Hiffelsheim dit en avoir retirés. Il est vrai que nous ne l'avons pas appliquée exactement comme lui ; mais nous avons été dirigé dans notre manière d'agir par les savants conseils de M. le professeur Gavarret. Malgré les résultats purement négatifs auxquels nous sommes arrivé par ce moyen empirique, sur une hystérique et sur deux épileptiques, nous croyons devoir publier les observations de ces malades (obs. IX, X et XI), afin que chacun puisse apprécier les procédés employés.

Quant aux courants d'induction, nous signalerons les effets obtenus chez trois des malades dont nous publions les observations. La malade de l'observation XI, atteinte d'épilepsie pure mais intense, a été soumise aux deux modes d'emploi de l'électricité. Les courants continus sont restés sans effet ; les courants intermittents paraissent avoir suspendu pendant quatre ou cinq jours des accès qui, d'ordinaire, n'avaient jamais manqué un seul jour ; mais cet effet s'est bientôt épuisé, et les secousses électriques n'ont plus rien produit. — Dans l'observation II, on voit que le courant appliqué suivant des procédés différents, a toujours, une fois excepté, abrégé la durée des attaques hystéro-épileptiques, fait cesser les contractures et suspendu les convulsions ; mais peut-être aussi a-t-il rendu plus fréquentes les attaques qui récupéraient par leur nombre ce qu'elles perdaient en intensité. — Chez la troisième malade (obs. VIII), l'électricité a toujours calmé d'intolérables douleurs névralgiques avec hyperesthésie. Dans les premières applications, les courants n'ont produit qu'un effet sédatif pur, sans anesthésie ni paralysie ;

mais dans les suivantes, à l'analgésie se sont joints de la paralysie musculaire passagère, du délire, et le déplacement partiel de la douleur. Sans accuser l'électricité de cette aggravation dans l'état de la malade, nous croyons qu'elle y a contribué, puisque les mêmes complications ne s'étaient jamais présentées auparavant.

OBSERVATIONS

Observation I.

Accès et vertiges épileptiques ; attaques d'hystérie avec paroxysmes épileptiformes ; accidents névropathiques presque continus.

R... (Maria-Annette), vingt-cinq ans, couturière. Pas d'hérédité nerveuse ascendante ou collatérale ; la mère cependant a longtemps souffert de l'estomac, et le père a eu en 1861 une attaque de paralysie. La malade a eu du rachitisme et n'a marché qu'à quatre ans. Elle a toujours eu un caractère un peu excitable, mais elle n'a présenté de symptômes nerveux qu'à l'âge de dix-sept ans, avant la première apparition des menstrues qui ont toujours été irrégulières, avec des suspensions de cinq à huit mois. La malade, qui est dans l'asile depuis plusieurs années, est très petite et a subi un arrêt de développement ; elle est extrêmement sujette à des palpitations, surtout au début des attaques, et à des symptômes nerveux variés qui lui laissent rarement quelques jours sans souffrance. Ce sont des névralgies et des myosalgies dans la tête, le dos, le thorax ; des douleurs cardialgiques, de la toux hystérique, de la gastralgie et des vomissements. Jamais nous n'avons vu de paralysie, de contracture ou d'anesthésie.

La première attaque est survenue à l'âge de dix-sept ans ; sa seule cause appréciable est que la malade avait reçu des coups sur la tête. Depuis lors les attaques se sont répétées sans régularité, le plus souvent elles sont hystéro-épileptiques. Elles sont annoncées un, deux, trois ou quatre jours à l'avance par un redoublement des souffrances habituelles, puis subitement la tête se fléchit et la face se tourne vers l'épaule droite sans que la malade puisse s'y opposer. Elle ne perd pas encore connaissance cependant ; elle entend tout, mais ne peut parler, sauf dans quelques cas où elle crie : « Ah ! je suis malade ; » puis elle tombe si elle est debout. Pendant

cette première période de l'attaque qui s'accompagne de boule hystérique, de constriction pharyngienne et de contracture des muscles du cou, la malade souffre beaucoup jusqu'à ce qu'elle perde connaissance. Cette perte arrive plus vite si, dans sa chute, la malade se heurte contre un meuble ou tombe violemment sur le plancher. Avec la perte de connaissance du monde extérieur arrive l'attaque convulsive à convulsions larges, étendues, égales ; le tronc se courbe en arc ; il y a des spasmes et des gémissements, et la malade porte ses mains au cou et à l'épigastre tout en criant : « Maman, maman, » d'une voix qui exprime la souffrance. Rien de ce qui se dit ou fait autour de son lit n'est perçu par elle à ce moment de l'attaque. Il y a un, deux ou trois paroxysmes de ce genre, puis l'attaque cesse au bout d'une demi-heure ou une heure, laissant à sa suite de la céphalalgie, de la fatigue et des points douloureux. Dans quelques-uns des paroxysmes de quelques attaques, il y a de la roideur tétanique du tronc et des membres, des grimaces de la face qui devient livide, un peu d'écume à la bouche, c'est la période épileptiforme.

Juin 1861. — Les attaques se sont rapprochées de plus en plus ; elles arrivent tous les huit, quinze ou vingt jours, et sont suivies quelquefois d'un peu de délire, pendant lequel la malade déraisonne légèrement, se croit ailleurs que là où elle est, ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, a perdu la mémoire et a des idées singulières. Dans l'intervalle des attaques reviennent des accidents hystériques très variés, formant quelquefois de légères attaques sans mélange d'épilepsie ou bien s'y mélangeant.

20 août 1861. — Nous avons assisté plusieurs fois à des attaques identiques avec celle décrite ci-dessus et à des accidents épileptiques isolés. Aujourd'hui, après deux jours de prodromes consistant en cardialgie, pleuralgie gauche, douleurs dans le bras gauche, la malade a eu un accès épileptique. Un peu plus tard, émotionnée par l'attaque subite d'une autre malade, elle a eu un second accès avec convulsions courtes et égales des deux côtés, grimaces, face vultueuse, pas d'écume à la bouche, perte absolue de connaissance, le pouce gauche plié dans la paume de la main, mais le droit recouvrant les autres doigts.

15 octobre. — Hier nous avons vu un vertige franc et isolé d'épilepsie. Au milieu de son travail de couture, subitement les mains de la malade s'arrêtent, son regard se fixe, sa tête se dévie à droite. Pendant une demi-minute elle ne sent rien, ne perçoit rien ; puis elle reprend connaissance, reste hébétée durant quelques minutes, et recommence son travail sans se rendre compte de ce qui s'est passé, sans en avoir ni conscience ni souvenir.

24 octobre. — Hier soir, notre malade déjà tourmentée par des douleurs pleuralgiques et des vomissements, eut pendant une épidémie d'attaques sur quatre de ses voisines (attaque d'hystérie chez la première, d'hystéro-épilepsie chez la deuxième,

accès épileptique chez la troisième qui est hystéro-épileptique; angine de poitrine servant de prodrome à un violent accès d'épilepsie chez la quatrième), un véritable état de mal épileptique, le seul que nous ayons observé sur elle. En deux heures, elle a seize accès, chacun précédé d'une petite toux sèche, quinteuse et convulsive, suivie immédiatement de convulsions toniques de cinq à six minutes de durée, sans mouvements respiratoires et avec une roideur tétanique générale. Après cette période, la face rougit et grimace, de très violentes secousses agitent les quatre membres, la tête et le tronc qui est en pleurostothonos gauche, les pouces sont pliés dans la paume de la main recouverts par les autres doigts. Cette période clonique dure une demi-minute et est suivie d'une résolution générale qui dure jusqu'au prochain accès, interrompue seulement par quelques secousses et accompagnée de ronflement et d'écume à la bouche. La perte de connaissance a été instantanée, complète, persistante, aussi absolue pendant la résolution que pendant les convulsions. Lorsque enfin la connaissance a reparu, la crise était passée; il ne restait qu'une grande fatigue, un brisement général, mais aucun souvenir des accès et pas de trouble intellectuel.

Observation II.

Attaques-accès complexes hystero-épileptiques extrêmement intenses; accès et vertiges épileptiques isolés; anesthésie permanente hémiplégique droite; contracture passagère du même côté; influence de l'électricité d'induction.

L. . (Rosalie), âgée de trente-huit ans, enfant trouvé, élevée à la campagne. A onze ans, frayeur d'un chien enragé. A seize ans, seconde frayeur très vive à la vue du cadavre d'une femme assassinée par son mari. A dix-neuf ans, traversant un bois avec une somme de 200 francs, elle fut poursuivie par un homme et éprouva une violente émotion. La malade se souvient de tout cela avec une grande précision, à chaque attaque où l'hystérie a une part elle répète automatiquement quelques paroles (toujours les mêmes) qui s'y rapportent, mais sa mémoire fait défaut sur tout le reste.

Les accès d'épilepsie paraissent avoir débuté après la première frayeur, avoir redoublé d'intensité après la seconde et s'être compliqués d'hystérie après la troisième. Dès lors les deux névroses n'ont pas cessé de se montrer et de se mélanger en différentes proportions, tantôt isolées, tantôt combinées dans des accidents convulsifs d'une effrayante intensité. On parvient cependant à distinguer dans les paroxysmes ce qui appartient à chaque névrose.

Les grandes crises sont habituellement précédées pendant quelques heures d'agi-

tation maniaque, de tristesse, de céphalalgie, de malaise. Puis, tout à coup, la malade tombe avec ou sans cri initial, et ses membres se contracturent avec une force effrayante, se tordent et se pelotonnent. Les doigts et les mains sont fortement fléchis, les avant-bras et les membres inférieurs le sont aussi, les genoux appuient sur la bouche, les pieds sont enroulés sur leur bord interne comme dans le varus équin. De temps en temps les contractures augmentent encore ou bien diminuent un peu. La malade est littéralement pelotonnée, elle a des secousses, des convulsions cloniques, des mouvements brusques d'une violence extrême; à peine si cinq ou six personnes peuvent la contenir. De temps en temps elle se frappe la poitrine avec force et avec une très grande rapidité à la région précordiale. On est obligé d'interposer un coussin pour éviter la production d'ecchymoses; car si l'on cherche à empêcher par la force ce mouvement, de même que si on essaye de lui étendre les membres contracturés, on détermine de grandes souffrances et une exaspération dans la contracture et les convulsions. Pendant les intervalles de rémission légère des convulsions, la connaissance est conservée mais incomplétement. Elle crie qu'on lui tire la jambe, le bras ou la tête, qu'elle a des animaux dans les yeux, la tête ou le ventre ; ses idées sont incohérentes. Elle profère, avec une voix perçante, des plaintes et des paroles de fureur si elle entend dire quelque chose qui la contrarie. Avec des questions fortes et précises on parvient à capter son attention et à obtenir quelques réponses, bientôt remplacées par des paroles sans liaison. Elle cherche à mordre elle-même, ou ceux qui l'entourent, ou bien ses oreillers.

Pendant les exacerbations de la contracture, la connaissance est entièrement abolie, la face se congestionne, les yeux sont convulsés, hagards; les pupilles sont dilatées. Dans ces moments, où l'épilepsie domine très évidemment, il y a insensibilité absolue et générale. Dans les périodes hystériques, au contraire, l'anesthésie est incomplète à gauche, mais complète à droite, où elle demeure persistante entre les accès sans jamais cesser. Dans ces mêmes phases épileptiques, il y a contracture plus forte mélangée de secousses, lividité de la face, puis résolution passagère de quelques muscles seulement, mais pas d'écume à la bouche tant que l'attaque doit continuer encore. On dirait que l'accès épileptique n'est pas encore à maturité complète, et ce n'est que lorsque l'attaque a duré plusieurs heures avec des prédominances alternatives d'hystérie et d'épilepsie qu'elle se termine par un accès franc d'épilepsie intense, à trois périodes tonique, clonique et résolutive, avec écume abondante à la bouche, résolution générale et détente de tous les muscles, ronflement; après quoi, il y a des cris, des paroles relatives aux événements de sa vie qui ont occasionné les attaques; mais la malade n'a nullement conscience de ce qui vient de se passer; elle exécute des mouvements de projection du bassin, elle éprouve le besoin de se gratter et délire pendant quelques minutes. Enfin la con-

naissance revient, elle demande à boire, et alors seulement l'attaque est terminée.

Pendant plusieurs jours encore, elle reste agitée, maussade, ayant des retours d'attaques hystériques légères ou d'épilepsie. Quelques attaques sont suivies de la contracture de tout le côté droit, qui est anesthésié. Pendant trois, quatre ou huit jours, il faut sonder la vessie pour en retirer l'urine, passer la sonde œsophagienne pour nourrir la malade. Un violent accès d'épilepsie, quelquefois deux ou trois successifs, sont nécessaires pour que la contracture cesse, et il reste alors pendant quelques jours de l'incontinence d'urine. La malade reste ensuite plusieurs semaines sans attaque, n'ayant que des vertiges, des malaises, un peu de stupeur, puis reparaît une crise.

25 janvier 1861. — Nous avons déjà observé, depuis le 1er janvier, plusieurs attaques comme celle que nous venons de décrire et d'autres moins fortes où tantôt l'hystérie, tantôt l'épilepsie domine. Il y a de fréquents vertiges épileptiques, sans cri initial et sans prodromes, mais avec contractions et décoloration de la face, convulsions des yeux, insensibilité et perte de connaissance absolue pendant une minute.

24 février. — Aujourd'hui la malade a eu une attaque identique avec celle décrite plus haut ; elle n'en avait pas eu depuis le 20 janvier.

12 mars. — Elle a pu uriner seule hier pour la première fois depuis le 24 février. L'électrisation de la vessie n'a presque pas eu d'effet salutaire. Les règles ont paru hier.

15 mars. — Nouvelle grande attaque complexe. Je l'électrise avec la machine d'induction. Un pôle humide est placé à la nuque, et le pinceau tire des étincelles sur toutes les parties contracturées. En cinq minutes toute contracture a cessé, la résolution est complète; il n'y a pas eu d'accès d'épilepsie; l'attaque a avorté, mais elle renaît aussitôt. A chaque fois que les convulsions se reproduisent, la faradisation est reprise sur le côté non anesthésié; alors, si la connaissance est conservée, la malade crie, se débat, et les convulsions cessent; si la connaissance est déjà perdue, le courant la ramène. — La malade se plaint d'une douleur à l'épigastre; j'électrise cette partie, et la douleur diminue pour recommencer dès que le courant ne passe plus. — Un accès épileptique est imminent, les yeux se convulsent, la face grimace, le cou se roidit; j'électrise, et les convulsions s'arrêtent, la connaissance revient. — La malade accuse alors une aura qui monte de la jambe gauche vers la cuisse et le tronc; elle sent qu'un accès se prépare. En effet, un léger étourdissement paraît, suivi des phénomènes terminaux ordinaires des attaques : cris, besoin de se gratter, et la crise est finie en trois quarts d'heure, au lieu de trois ou six heures qu'elles durent habituellement.

16 mars. — Nouvelle attaque; nouvelle faradisation identique avec celle de hier, avec le même résultat.

6 avril. — Nouvelle attaque, nouvelle faradisation; résultat identique. L'attaque dure une heure et un quart, et se termine par un accès d'épilepsie comme les 15 et 16 mars.

10 avril. — Depuis trois jours, l'agitation n'a pas cessé; les attaques se succèdent avec de très courts intervalles de somnolence. L'électricité, essayée à plusieurs reprises, n'a pas eu le même effet que précédemment.

11 avril. — La contracture du côté droit a succédé aux attaques. La faradisation, essayée longtemps, ne l'a fait cesser que pour quelques minutes; elle est revenue aussi forte après.

Décembre 1861. — Il y a eu plutôt aggravation dans l'état de la malade. Les attaques complexes avec accès isolés et vertiges se renouvellent de temps à autre. Les périodes pendant lesquelles il faut employer la sonde pour vider la vessie sont plus longues. L'électricité, toutes les fois qu'elle a été employée (tantôt avec les conducteurs secs sur les points contracturés, tantôt avec les conducteurs humides sur la colonne vertébrale), a eu le même effet d'abréger la durée totale de l'attaque complexe, quelquefois en déterminant l'apparition immédiate de l'accès épileptique terminal. Cet effet n'a manqué qu'une seule fois, le 10 avril. L'éther en inhalation a un grand pouvoir pour faire cesser les convulsions, mais elles reparaissent au bout de quelques heures. La douche sur le bas-ventre détermine souvent l'expulsion de l'urine, mais presque toujours aussi elle provoque un accès épileptique. Le cathétérisme produit quelquefois le même effet.

Décembre 1862. — D'après les renseignements fournis par notre collègue M. Duguet, l'état de cette malade n'a nullement changé depuis une année.

Observation III.

Hystéro-épilepsie dont les crises complexes ont des périodes distinctes d'hystérie et d'épilepsie; accès épileptiques isolés; contracture hémiplégique avec secousses rhythmiques.

C... (Fanny), âgée de vingt ans. Mère très irritable, morte il y a cinq ans; père bien portant; pas de frère ni de sœur.

Convulsions dans la première enfance. A seize ans, n'ayant jamais eu d'attaque de nerfs auparavant, elle assista à la mort de sa mère, et immédiatement ses règles, qui coulaient, s'arrêtèrent, et elle eut une première attaque qui dura vingt-quatre

heures, avec perte de connaissance. La seconde attaque parut un mois après. Les suivantes se rapprochèrent, et, à une certaine époque, elles revenaient tous les jours pendant deux mois. La malade, dont l'intelligence est peu active, ne peut donner de renseignements plus détaillés. Elle est petite, maigre, et d'une constitution faible ; elle tousse fréquemment, sans présenter de signes de tuberculisation à l'auscultation. Elle louche légèrement ; sa parole est lente et un peu embarrassée ; elle est très sujette à des palpitations, à des nausées, à des douleurs vagues, surtout avant ses attaques.

Tous les mois environ, elle est malade pendant plusieurs jours de suite. Entre ces périodes, elle a des accès d'épilepsie isolés, mais pas très complets. Dans les séries maladives, l'hystérie et l'épilepsie se combinent diversement, mais l'hystérie domine presque toujours. La plupart du temps, les attaques se présentent comme suit : après quelques prodromes, tels que malaise général, tristesse, douleurs, nausées, vient une attaque hystérique, avec perte apparente de connaissance et avec des mouvements très étendus. Sans percevoir rien de ce qui se passe autour d'elle, elle paraît dominée par le souvenir ou par la vue de sa mère mourante, car elle crie sans cesse : « Maman, maman, réponds-moi ; ah ! maman, tu ne me réponds plus. » Puis survient un moment de calme ; elle reste couchée sur le côté gauche, les yeux ouverts et fixes, dans une insensibilité et une immobilité complètes. La respiration se fait bien, il y a quelques secousses dans le côté droit de la face. Après deux ou trois minutes de ce calme, tout à coup se montre l'épilepsie : la tête se dévie à droite, la face pâlit, les membres se roidissent et s'agitent plus fortement du côté gauche, la figure se convulse et devient livide. l'écume paraît à la bouche, la perte de connaissance et de sensibilité est absolue ; puis la prostration sans ronflement et l'hébétude précèdent le retour à la lucidité. L'attaque est alors finie, ou bien recommencent les phénomènes hystériques, puis les épileptiques plusieurs fois de suite. Quelquefois elle a des attaques hystériques isolées ou des accès épileptiques isolés. Entre les attaques elle a une anesthésie permanente complète de tout le côté droit. De ce côté, les piqûres de la peau ne saignent pas. Jamais ce côté n'est atteint de chorée, tandis que du côté gauche les membres sont, après quelques-unes des attaques, en état de contracture et agités de secousses rhythmiques choréiformes persistant pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'un accès d'épilepsie vienne y mettre fin.

12 avril 1862. — Depuis trois jours les attaques hystéro-épileptiques se sont répétées plusieurs fois. Cette nuit il y a eu un accès d'epilepsie isolé qui a laissé après lui la chorée hémiplégique gauche.

17 avril. — La chorée a disparu peu à peu et sans attaque sous l'influence des

douches froides. Souvent elle est arrêtée par l'application de ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale.

29 avril. — Trois accès et trois étourdissements épileptiques hier. L'analgésie et l'anesthésie du côté droit existent non-seulement au toucher, mais aussi au pincement, à la piqûre et aux mouvements imprimés.

27 mai. — Accès et attaques fréquentes ces derniers jours ; dans leurs intervalles il subsiste des douleurs cardialgiques et des lipothymies.

30 juin. — Depuis six semaines la malade prend des douches froides ; sa santé générale s'est légèrement fortifiée, l'affection convulsive n'a pas changé.

Septembre. — Aucune amélioration ; l'état de la malade est le même.

24 octobre. — Hier soir plusieurs malades voisines avaient leurs attaques, chacune avec son cachet propre : l'une de l'épilepsie précédée d'angine de poitrine, une seconde un état de mal épileptique (obs. I), une troisième une attaque d'hystérie ; notre malade qui avait été indisposée toute la journée, eut une attaque avec grandes convulsions hystériques du tronc et des membres. Quoique camisolée, elle se jette en avant, se rejette violemment en arrière, en criant comme de coutume : « Maman, ah ! maman, réponds-moi. » Les bras sont projetés au loin, la figure est rouge, mais non convulsée, la tête non déviée, il y a insensibilité et perte de la perception pour tout ce qui se fait autour d'elle. Après cinq minutes de cette agitation survient du calme avec de l'extase et quelques secousses dans la face, mais la perte de connaissance persiste. Tout à coup la face se dévie à droite, la face grimace, le regard se fixe, c'est un accès d'épilepsie à trois périodes, tonique, clonique et résolutive, avec stertor, écume et stupeur.

20 décembre. — Hier une attaque hystéro-épileptique suivie de chorée. Ce matin la douche a calmé la chorée et déterminé un accès suivi de contracture dans tout le côté gauche. Au bout de deux heures, trois accès très rapprochés d'épilepsie la font cesser.

Décembre 1862. — D'après le dire de la malade elle-même, des médecins et des surveillantes, aucun changement notable n'est survenu dans son état.

Observation IV.

Hystéro-épilepsie. Attaques d'hystérie, quelques-unes avec paroxysmes épileptiformes. Accès épileptiques.

B... (Henriette), âgée de vingt-six ans, lingère. Père mort poitrinaire, mère bien portante ; sur huit frères et sœurs, trois sont morts poitrinaires, les autres se portent bien.

La malade, qui a une constitution chétive et des signes de tuberculisation pulmonaire, paraît avoir été épileptique avant l'âge de vingt ans, car elle faisait des chutes sans prodromes avec perte de connaissance, contusions et période d'agitation. Réglée depuis l'âge de dix ans, elle est souvent plusieurs mois sans voir; les époques menstruelles n'ont aucune influence sur l'apparition des crises qui ont toutes le cachet de l'hystérie. Pendant onze mois, nous avons eu des doutes sur les symptômes épileptiques que les surveillantes affirmaient avoir vus sur cette malade; les attaques que nous avions observées étaient purement hystériques, de longue durée, avec cris, convulsions cloniques très étendues, perte de connaissance, abolition des sensations externes et perte de souvenir. Quelquefois elles sont annoncées par une douleur dans la région cardiaque, par des palpitations, de la mauvaise humeur; d'autres fois leur début est brusque. Elles ne viennent jamais à époques fixes.

5 décembre 1861. — Ce matin nous avons assisté pour la première fois à un accès épileptique. En marchant, tout à coup, la malade tombe à la renverse en poussant un grand cri et en perdant connaissance. Dans sa chute son peigne pénètre dans le cuir chevelu et fait une plaie qui saigne abondamment. Elle a un accès d'épilepsie complet qui dure cinq minutes; convulsions tétaniques, roideur et contorsion des membres, grimaces de la face qui est hideuse à voir. Après quelques instants de résolution elle reprend connaissance et conserve un peu d'hébétude pendant deux ou trois minutes; elle est très étonnée de voir son sang et d'apprendre qu'elle s'est blessée.

6 décembre. — Ce matin il y a une épidémie d'attaques hystériques et hystéro-épileptiques; cinq malades en ont à la fois. Notre malade a d'abord une attaque hystérique : spasmes, convulsions étendues, les bras s'agitent en tous sens comme chez une personne qui lutte, cris, face vultueuse non convulsée, insensibilité à toute excitation. La malade cherche à mordre, et une mèche de ses cheveux étant entrée dans sa bouche elle les coupe avec ses dents, les mâche et les avale sans qu'on ait pu s'y opposer. Ils provoquent de l'étouffement, des haut-le-corps, et sont enfin rendus mélangés à une écume visqueuse. A ce moment, il se fait une détente générale avec retour incomplet de la connaissance. Puis de nouveau apparaît une crise convulsive instantanée, commençant par de la roideur des membres qui sont contournés et se continuant par d'autres phénomènes épileptiformes : arrêt de la respiration, face hideuse, pâle puis livide, paupières ouvertes et yeux convulsés en strabisme convergent, mâchoire déviée à gauche et fixe, contracture fibrillaire des muscles de la face; perte absolue de connaissance et de sensibilité. Ensuite secousses cloniques rares, puis résolution, pas d'écume, retour rapide à la

connaissance. L'accès est passé, mais bientôt reparaissent les accidents hystériques puis les épileptiques.

9 décembre 1861.—Des attaques identiques avec celle du 6 ont reparu le 7 et le 8.

Décembre 1862. — Après une diminution dans la fréquence des attaques, la malade était sortie de l'hospice. Elle a dû y rentrer au bout de quelques mois, l'amélioration ne s'étant pas maintenue.

Observation V.

Accès épileptiques, quelques-uns d'apparence hystériforme. Hallucinations. Impulsions irrésistibles, délire et agitation maniaque. Exemple rare d'hérédité.

D... (Fanny-Désirée), âgée de vingt-cinq ans. Père épileptique, mort dans une attaque; grand-père paternel somnambule; un oncle paternel aliéné; une cousine, issue de germaine de son père, est épileptique et idiote; mère hystéro-épileptique morte il y a dix ans; deux frères morts aujourd'hui étaient épileptiques; deux sœurs sont bien portantes; le seul enfant qu'ait eu la malade est mort à huit jours dans des convulsions qui avaient commencé à l'instant de la naissance. D'après les informations qu'a prises M. Moreau, ces renseignements fournis par la malade sont exacts.

La malade a eu des convulsions à l'âge de cinq ans. Depuis lors elle a toujours eu des crises de nerfs, les unes avec conservation, les autres avec perte de la connaissance; jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, cela paraît avoir été de l'épilepsie pure (chutes, morsures de la langue); à cet âge ont paru de longues attaques avec cris et grandes convulsions. La malade a été traitée par M. Falret, à la Salpêtrière, et par M. Morel, à Saint-Yon. Pendant le travail de l'accouchement (août 1860), elle eut des convulsions qu'on appela de l'éclampsie. Avant sa couche elle avait passé dix-huit mois bien portante au sortir de Saint-Yon; mais depuis lors les attaques sont revenues comme auparavant.

12 avril 1861. — Peu de jours après son entrée dans le service, elle a une forte attaque convulsive qui dure plusieurs heures et qui laisse après elle, dans les membres du côté gauche, de la contracture, suivie le lendemain de paralysie avec anesthésie.

14 avril. — On constate de la contracture de la face; la mâchoire inférieure, entraînée en arrière, est maintenue fixe dans cette position, la lèvre inférieure contracturée s'enfonce horizontalement dans la bouche, les élévateurs des ailes du nez et de la lèvre sont aussi contracturés.

16 avril. — La contracture de la face a fait place à des contractions choréiformes qui occasionnent des grimaces continuelles.

26 avril. — Hier soir il y a eu une attaque convulsive complexe, pendant laquelle la malade, insensible à toute excitation externe, parlait à haute voix de noyée, de pendue, et enfin de cadavre étendu sur une table; sa figure exprimait la terreur Ce matin elle se souvient d'avoir eu comme un mauvais rêve et de s'être vue elle-même noyée, pendue et disséquée. Elle rapporte ces hallucinations à une impression très vive de frayeur qu'elle eut à son arrivée à Paris en visitant la morgue.

7 mai. — La malade a eu du délire plusieurs fois; ce matin ce sont des contractions de la face. Elle prend de la belladone depuis quinze jours (pilules de Bretonneau). L'hypnotisme provoque le sommeil, la cessation des grimaces et fait naître le délire. L'éther en inhalations procure un sommeil paisible avec cessation des contractures.

31 mai. — Les hallucinations variées et passagères de la vue et de l'ouïe, les attaques hystériformes, les accès d'épilepsie, la contracture ou les convulsions de la face alternent entre elles d'un jour à l'autre. Les hallucinations laissent souvent après elles une grande tristesse. Aujourd'hui la malade est très susceptible et irritable.

8 juin. — Agitation, préoccupation, impossibilité de fixer l'attention sur quoi que ce soit.

23 juin. — Il y a une extrême mobilité dans tous les phénomènes. Avant-hier c'étaient des hallucinations, hier une sorte d'anéantissement de la pensée, et le soir un violent accès d'épilepsie, à la suite duquel l'agitation a été si grande qu'on a dû employer la camisole de force. Ce matin, accès complexe hystéro-épileptiforme dont voici le tableau : Après quelques mouvements convulsifs de la face, les traits se tirent, le maxillaire inférieur se retire en arrière, la lèvre inférieure se repliant sur les dents. Les yeux, très mobiles d'abord, se fixent, les paupières se ferment à demi, il y a du strabisme convergent. Au bout de quelques minutes, la tête se meut très rapidement par un mouvement de rotation, alternative à droite et à gauche. La malade pousse des gémissements, de petits cris plaintifs, mais ne peut parler. La face rougit, le corps se roidit, les bras sont contracturés et très fortement fléchis; les pouces sont pliés et serrés par les autres doigts. Il n'y a pas de grands mouvements, mais la malade s'arqueboute de la tête et des pieds sur son lit, dont elle fait plier les barreaux de fer dans un violent effort d'extension. Pendant tout ce temps elle grince des dents. Tout à coup la résolution arrive, les yeux se rouvrent et restent fixes, le regard est sans expression. Après un instant de repos, la malade s'agite et l'accès recommence sans que l'écume paraisse jamais à la bouche. Après ces accès, elle s'agite et déchire ce qui lui tombe sous la main. Ce matin elle a des hal-

lucinations et répond à un être invisible qui paraît la tourmenter. Toutes les questions qu'on lui adresse restent sans réponse, elle ne les a pas perçues.

26 juin. — Hier soir un accès franc d'épilepsie avec écume à la bouche.

1[er] juillet. — Hier la malade déchirait ses vêtements, elle ne peut dire pourquoi, c'est quelque chose de plus fort qu'elle qui l'y pousse, quoiqu'elle cherche à résister. Ce matin elle a une crise convulsive avec cris et grande agitation, et se terminant par un accès d'épilepsie avec ronflement et écume à la bouche.

4 juillet. — L'agitation est constante et extrême; la malade veut se tuer; elle menace, crie et mord; on a dû la descendre au quartier de force. Hier, elle a eu trois accès convulsifs.

Décembre 1861. — L'état de cette malade a peu changé. Les phénomènes morbides ont toujours une extrême mobilité, que l'emploi du hachisch, pendant deux mois, n'a fait que rendre plus appréciables.

Observation VI.

Attaques hystériques. Vertiges épileptiques.

T... (Louise), âgée de trente-six ans. Réglée à vingt et un ans, cette malade a une forte constitution, mais elle éprouvait avant le début de sa maladie de fréquentes pertes de connaissances (probablement des vertiges épileptiques comme ceux qu'elle a encore). Elle ne peut fournir d'autres renseignements, parce que sa mémoire s'est affaiblie beaucoup; elle paraît avoir été intelligente. La première attaque convulsive survint vers vingt-deux ans, un mois après avoir été fortement impressionnée par la mort de son frère qui s'était brûlé la cervelle. A l'âge de sept ans, elle avait eu déjà une peur très vive en voyant sa mère assassinée.

Sur l'observation prise à l'époque de son entrée dans l'asile, nous ne voyons mentionnées que les grandes attaques hystériques. Elle a cependant, d'après le rapport des dames surveillantes, des filles de service et de toutes les malades voisines, des étourdissements fréquents, qui se passent de la manière suivante. Si la malade n'est pas debout, elle se lève sans laisser tomber ce qu'elle tient à la main; elle perd connaissance, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse; son teint devient blême, ses yeux s'enfoncent, son expression est celle d'une idiote; puis au bout de une ou deux minutes, l'intelligence renaît rapidement.

Les attaques que nous avons vues plusieurs fois appartiennent à l'hystérie. Elles surviennent de préférence, mais non exclusivement, au moment des règles. La malade sent venir ses attaques et demande à être camisolée. Pendant les jours qui

précédent, il y a de l'insomnie; le caractère est irritable et mobile. Plus tard apparaissent la boule, la dysphagie, les spasmes du larynx et enfin les convulsions étendues et très fortes du tronc et des membres. La respiration est gênée; le cou grossit, la face est rouge, les yeux sortent de leur orbite. Des cris violents témoignent que quelque chose se passe dans l'intelligence de la malade, qui semble assister à la mort de sa mère, car elle s'écrie : « Je vois des assassins; étanchez ce sang. » Ces exclamations sont accompagnées de gestes d'effroi et une expression d'horreur se peint sur son visage, qui est bouleversé. Après cette forte crise, tantôt la malade revient à elle définitivement, ou jusqu'à un nouveau paroxysme; tantôt il reste de la contracture et des secousses peu étendues dans les membres, de la roideur du cou, de l'écume à la bouche, puis la résolution arrive, et la malade reprend connaissance; il lui semble qu'elle a fait un mauvais rêve.

Observation VII.

Attaques isolées d'épilepsie et d'hystérie. Observation copiée sur les registres de la Salpêtrière.

« B... (Désirée), enfant trouvé. A cinq ans, a été mordue par un chien, a eu la variole, et à douze ans une fièvre cérébrale. Ce n'est qu'à quatorze ans qu'a paru la première attaque hystériforme, après une peur violente. Elle a été traitée à Blois pour ses attaques, et y a eu de la lypémanie; et plus tard, à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger, pour de la mélancolie avec idées de persécution.

« J'ai été témoin, dit l'auteur de l'observation, de plusieurs attaques. Elles sont alternativement franchement hystériques et franchement épileptiques, se terminant parfois sans accident, parfois par du mutisme et des vomissements, le plus souvent par des hallucinations et d'autres phénomènes d'aliénation mentale. »

Observation VIII.

Hystérie à symptômes très variés. Attaques se compliquant tardivement d'accidents épileptiques. Douleurs intolérables. Délire. Extase. Effets obtenus par l'électricité d'induction.

L... (Alexandrine-Maria), âgée de vingt-deux ans, brocheuse. Le père, deux sœurs et un frère se portent bien; la mère a un caractère très vif et emporté; un second frère paraît atteint d'une maladie du cœur. La malade, dans son enfance,

a toujours souffert de céphalalgie ; elle a eu des éruptions cutanées prurigineuses pour lesquelles elle a été traitée à l'hôpital des Enfants par les sulfureux et les amers. L'éruption disparaissait rapidement, pour reparaître dès qu'elle cessait le traitement. A quinze ans, ces éruptions avaient cessé complétement, lorsque parurent aux jambes de grosses pustules douloureuses traitées par M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, au moyen de cataplasmes et de cautérisations au nitrate d'argent. A dix-sept ans, les règles parurent; elles ont toujours été difficiles et irrégulières. Pendant la première époque menstruelle, la malade dit avoir eu peur et être tombée immédiatement dans un état d'hystéricisme, et le lendemain dans sa première attaque de nerfs. Elle avait pleuré toute la journée, et c'est le soir qu'elle tomba subitement sans connaissance. Cette première attaque paraît avoir duré plusieurs jours; les suivantes se répétèrent tous les huit jours environ, jusqu'à vingt et un ans.

En juillet 1860, les attaques firent place, sans cause appréciable, à d'atroces douleurs de jambes, revenant surtout au moment des règles, mais se prolongeant longtemps après leur disparition. Elles occupent exclusivement les pieds et les jambes, principalement du côté gauche ; ce sont des élancements, des sensations intolérables de broiement, de coups de lancettes; la marche les exaspère ; le moindre contact, le poids le plus léger les décuple ; mais elles ne sont pas seulement superficielles, elles occupent toute l'épaisseur du membre, et toutes les parties, depuis les genoux jusqu'aux orteils. Depuis leur apparition, les règles se montrent un peu plus régulièrement.

15 janvier 1861. — Les accès de douleurs étaient très violents hier et avant-hier, mais sans coloration ni chaleur anormales à la peau. Les exacerbations spontanées sous forme d'élancements sont presque continuels et arrachent des cris déchirants à la malade, qui cependant est courageuse. Les vésicatoires, la belladone, employés très souvent jusqu'ici, n'ont eu aucun effet sédatif.

18 janvier. — Les douleurs ont un peu diminué, et se sont transportées beaucoup moins fortes dans le bras, l'épaule et le cou, toujours du côté gauche.

26 janvier. — Les règles reparaissent et font éclater une violente attaque d'hystérie qui dure douze heures : la malade affirme que c'est la première depuis six mois. Voici quels sont ses symptômes: Malaise, palpitations, boule, perte apparente de la connaissance et des sensibilités, cris : « Maman ! maman ! » convulsions très fortes et très étendues des bras, du tronc et de la tête ; spasme pharyngien ; pouces en abduction et étendus ; pas d'écume; rémission ; nouveau paroxysme et terminaison par des rires et un sommeil réparateur; émission d'urine abondante au réveil. La malade ne peut dire ce qui s'est passé pendant son attaque, mais elle a la conscience d'avoir été malade.

5 février. — Après l'attaque du 26, il y a eu pendant plusieurs jours de petites

attaques sans aucune douleur de jambes; mais ce matin il en paraît de légères.

7 février. — A onze heures du matin, les douleurs s'exaspèrent, et en quelques minutes atteignent une très grande intensité. La malade pleure, se tord, s'arrache les cheveux de douleur et supplie qu'on lui coupe les jambes. Avec l'appareil électro-médical de Ruhmkorff, j'électrise avec les éponges mouillées le nerf sciatique gauche (côté le plus douloureux), un des pôles sous la plante du pied, l'autre au point de sortie du nerf, entre l'ischion et le trochanter. Une exacerbation extrêmement vive se produit, suivie d'engourdissement de tout le membre avec disparition complète de la douleur au bout de deux minutes de durée du courant. Le même résultat est ensuite obtenu sur le membre droit. Après dix minutes de calme, les douleurs reparaissent avec toute leur intensité dans le côté gauche. En cinq minutes d'électrisation, elles sont de nouveau calmées. Le courant faible est maintenu pendant un quart d'heure. Une heure après, retour des douleurs; nouvelle faradisation produisant une exacerbation d'abord, puis un calme complet. Le courant est continué peu intense pendant une heure, et le repos dure tout le reste du jour et toute la nuit, sauf de rares élancements qui troublent à peine le sommeil.

9 février. — Hier et aujourd'hui les douleurs ont reparu plusieurs fois; à chaque fois la faradisation employée aussi près que possible de leur début, les a calmées rapidement en produisant un engourdissement de tout le membre, sans toutefois abolir la sensibilité au contact, ni la contractilité qui demeure intacte et sous l'empire de la volonté.

19 février. — A cinq heures du soir, attaque d'hystérie qui dure une heure et qui est suivie de pleurs, puis d'hilarité et enfin de délire somnambulique. Un contentement extrême est peint sur la figure de la malade; ses yeux sont ouverts, mais elle paraît ne rien distinguer de ce qui l'entoure, elle ne répond pas aux questions et ne les entend pas; toute l'étendue de sa peau est anesthésiée, son pouls est calme, elle rit et s'écrie : « Ah que je suis contente! » Elle parle des fleurs du jardin du Luxembourg et chante des chansonnettes qu'elle a chantées autrefois dans ce jardin en faisant des rondes avec ses amies de pension. Les inhalations d'éther lui font reprendre connaissance très rapidement en arrêtant le délire. La malade croit alors avoir dormi et veut dormir encore; elle demande à boire, elle est gaie et reconnaît toutes les personnes qui l'entourent; elle répond très bien aux questions, mais elle n'a aucun souvenir de ce qui vient de se passer et n'a rêvé à rien. Après cinq minutes de lucidité vient une attaque que suspendent les inhalations d'éther, et la malade reprend enfin pleine possession d'elle-même. Elle éprouve quelques nausées et un peu de céphalalgie, ce qui peut être attribué à l'éther qu'elle a respiré. Elle ne conserve aucun souvenir de ce qui lui est arrivé depuis le début de l'attaque.

28 février. — La malade a passé ces sept derniers jours dans un état de délire léger entrecoupé de temps en temps par des attaques. Hier elle en est sortie conservant seulement de la gastralgie.

15 mars. — Après quinze jours de bien-être relatif, les douleurs ont reparu cette nuit dans les deux jambes jusqu'aux genoux. J'électrise comme il a été dit précédemment et avec le même résultat.

16 mars. — Les douleurs reparaissent; l'électricité les calme encore, mais en produisant une paralysie des mouvements qui dure environ trois heures. Il n'y a pas d'anesthésie, mais un peu de délire.

5 avril. — Retour des douleurs, dans le membre inférieur gauche seulement. Le courant avec les conducteurs humides les calme encore, mais quelques instants après un des conducteurs ayant cessé d'être en contact avec la peau, il survient une exacerbation terrible qui émeut tellement les malades voisines que plusieurs ont des attaques chacune dans sa forme habituelle. La première a une syncope, la seconde des vomissements, la troisième un vertige épileptique, la quatrième une attaque d'angine de poitrine, la cinquième enfin (la malade de notre observation II), une attaque d'hystéro-épilepsie. Le circuit rétabli, la douleur se calme. Depuis quelque temps un traitement général tonique et antispasmodique a été institué; viande rôtie, vin de quinquina et de Bordeaux, douches froides, gymnastique et un opiat renfermant quinquina, valériane, belladone et sirop d'écorce d'oranges amères.

9 mai. — Hier est survenu du délire somnambulique. La malade raisonne, mais d'une façon bizarre et qui ne lui est pas habituelle; elle prend une chaise percée pour une marmite; elle n'a pas dormi pendant la nuit, mais elle s'est tenue tranquille pour ne pas troubler le sommeil des autres malades. L'anesthésie est complète au point qu'une urtication qui donne naissance à des papules énormes et d'un rouge intense ne procure à la malade qu'une très légère sensation de chatouillement.

11 mai. — Même état; la peau est froide, d'un blanc mat, complétement exsangue; la malade est plongée dans une indifférence et dans une inertie désespérantes. Le soir une attaque met fin à cet état, et au réveil il ne reste aucun souvenir sur les événements des trois derniers jours. On a beau rappeler à la malade ses actes et ses paroles, elle ne peut croire ce qu'on lui dit et en demeure très affectée.

2 juillet. — Ce matin, pendant la gymnastique, la malade a eu un vertige que madame la surveillante, qui l'a observé, appelle épileptique.

11 juillet. — Ce matin elle avait été soumise au drap mouillé. Une heure après, subitement elle a jeté un cri, puis il y a eu contraction de tous les muscles extenseurs; les yeux étaient convulsés en haut, la tête fortement renversée en arrière,

la face rouge, absolument comme dans un accès d'épilepsie. Jamais nous n'avions observé ces phénomènes chez elle. Ils ont duré une minute, puis une attaque hystériforme, sans écume à la bouche, est survenue.

9 septembre. — Depuis deux mois il n'y a eu d'accidents que de loin en loin. Aujourd'hui il y a des douleurs dans le membre inférieur gauche. L'éthérisation ne réussit pas à les calmer, non plus que l'électricité qui détermine des spasmes du larynx. La voix s'éteint, le pouls baisse, la malade semble à l'agonie et accuse un froid glacial dans les jambes dont la température n'a cependant pas varié. Toute la journée elle paraît épuisée et demeure plongée dans un état extatique. Le soir survient une attaque d'hystérie semblable à toutes les autres, mais après le paroxysme, et avant le retour à la connaissance il s'y mêle des accès épileptiques. Les grandes convulsions ayant cessé, les membres supérieurs restent étendus et rigides, les pouces sont fléchis dans la paume de la main, les autres doigts sont étendus ou fléchis. La tête se dévie à droite, la face ne grimace pas. Il y a des secousses dans les bras à la fin de chaque expiration, qui est bruyante et qui amène de l'écume à la bouche. La perte de connaissance est totale, les pupilles sont égales, l'insensibilité est absolue et universelle. Au bout d'une minute résolution et coma. Puis au réveil les yeux s'ouvrent, mais la malade ne dit rien ; elle paraît ne rien voir et cherche à rassembler ses idées ; une expression d'étonnement se peint sur sa figure. Ces accès se répètent plusieurs fois de suite à de très courts intervalles, et sans que la malade ait le temps de reprendre complétement connaissance ; elle dit seulement après quelques-uns d'entre eux, et dans un état de demi-lucidité : « Allons travailler, je veux repasser le linge. » Les questions les plus variées, les excitants de toute nature restent sans réponse et sans effet. Le chloroforme en inhalations, la compression de l'épigastre enrayent ou retardent quelques accès qui font alors place à de l'extase. Le pinceau électrique fait cesser cette extase, et pendant un instant la connaissance renaît, on obtient même quelques réponses de la malade, mais l'extase recommence bientôt et dure jusqu'à minuit.

25 octobre. — Pendant un mois la santé a été assez bonne. Hier soir une attaque hystérique, survenue sans cause appréciable, a été suivie de somnambulisme, après lequel tout à coup s'est montré un accès produisant fixité du regard, pâleur de la face, contracture, roideur des membres, puis convulsions cloniques, courtes et égales, écume à la bouche, ronflement, puis résolution et retour au somnambulisme avec anesthésie complète et générale.

25 décembre. — Deux fois depuis deux mois la malade a eu des douleurs de jambes ; l'électricité les a calmées.

Décembre 1862. — La malade est dans une période heureuse ; depuis cinq mois elle n'a pas eu d'attaque, aussi lui a-t-on permis de sortir de l'asile. Cette année,

au lieu de l'électricité, on a employé avec un plein succès, contre les douleurs des jambes, le chloroforme en applications locales.

Février 1863. — L'amélioration ne s'est pas maintenue; deux mois après sa sortie, la malade a été reprise d'attaques, puis de douleurs, puis de nouvelles attaques pendant quinze jours consécutifs. Les douleurs avaient une intensité extraordinaire et n'ont pu être calmées ni par l'électricité, ni par le chloroforme en applications locales ou en inhalation.

OBSERVATIONS RELATIVES A L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ EN COURANT CONTINU.

Observation IX.

Épilepsie. Accès convulsifs. État de mal grave.

L... (Eugénie), âgée de dix-huit ans; père vivant bien portant, mère phthisique, un frère et une sœur bien portants, une autre sœur est morte dans les convulsions à sept ans. La malade a une constitution forte, une taille petite, un embonpoint très développé, pas de difformité, des cheveux noirs abondants; son caractère est gai, son intelligence est peu développée. Elle a été bien portante jusqu'à douze ans; mais à cet âge, de la peur qu'elle éprouva en voyant mourir une de ses camarades d'école, elle fut prise sur-le-champ, paraît-il, d'une sorte d'attaque choréique, et le lendemain d'un accès d'agitation maniaque. Dès cette époque, elle fut sujette aux attaques d'épilepsie, mais ni la malade, ni son père ne peuvent donner de renseignements plus précis. Traitée à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, par la belladone, puis à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, par la même substance; son mal finit par prendre une marche assez régulièrement périodique. Pendant un mois environ elle a un ou deux accès chaque nuit, puis le mois suivant elle a cinquante, soixante et jusqu'à cent accès par jour. Les règles ne paraissent guère que tous les deux mois au moment de la plus grande fréquence des accès. En 1860 elle passa deux mois de suite sans avoir d'accès.

1er mai 1861. — Nous observons la malade depuis la fin du mois de janvier. Tous ses accès, qu'ils soient diurnes ou nocturnes, ont le même aspect; il y en a un ou deux chaque jour, rarement plus. Ils surviennent sans prodrome, ni éloigné, ni prochain, sans cri initial, et présentent les phénomènes suivants : grimaces légères, perte de connaissance complète dès le début, insensibilité, convulsions toniques des quatre membres, peu de cyanose. L'accès dure une demi-minute ou une minute, et cesse rapidement sans être suivi de résolution ou de sopor, mais les convulsions

qui sont un peu cloniques à la fin, ne cessent qu'un instant après le retour de la connaissance signalé par ce cri de la malade : « C'est fini, c'est fini, » puis elle reprend la conversation là où elle l'avait laissée.

4 mai. — Depuis trois jours les accès sont plus fréquents.

7 mai. — Quarante-trois accès dans les vingt-quatre heures.

8 mai. — Quarante accès aujourd'hui.

9 mai. — Trente-trois accès ; saignée de 400 grammes.

14 mai. — Le nombre des accès n'a pas beaucoup diminué ; hier il y en a eu 27. On commence l'application d'un courant électrique continu à quantité constante qu'on cherche à faire passer à travers le corps de la malade, et, si c'est possible, à travers sa moelle, en plaçant le pôle positif à la nuque et le négatif au périnée. Cet ordre d'application a été conseillé par M. le professeur Gavarret pour éviter que le courant marche de bas en haut. Le contact est établi au moyen de deux larges plaques de cuivre, recouvertes d'un linge plié en plusieurs doubles, imbibé d'eau salée, et soutenues par plusieurs tours de bande. Le courant est produit par une pile de Daniel de six éléments, de 14 centimètres de hauteur, et pour constater son passage, on se sert d'un galvanomètre très sensible à cent tours de fil.

La première application ne dure que deux heures ; la malade la supporte très bien et n'éprouve qu'un très léger picotement aux points d'entrée et de sortie du courant. A l'instant même où le circuit est fermé, l'aiguille du galvanomètre se dévie d'un angle de 20 degrés, et elle demeure fixe dans cette position. La déviation ne diminue légèrement que lorsque les linges qui entourent les plaques terminales des électrodes commencent à se dessécher. Il suffit alors de les humecter davantage pour voir l'aiguille se reporter vers le numéro vingt. Disons ici que si le circuit n'est composé que par le fil métallique des électrodes amenés au contact sans interposition d'aucun corps étranger, la déviation est considérable et ne peut être mesurée, l'aiguille faisant deux ou trois tours sur son axe avant de se mettre en croix sur le galvanomètre.

Pendant les deux heures que dure l'électrisation, la malade a six accès parfaitement identiques avec tous les autres, et pendant ces accès l'aiguille du galvanomètre éprouve des oscillations dues à ce que le contact entre la peau et les plaques métalliques est rendu moins parfait par les mouvements convulsifs. Ce qui prouve que telle est bien la cause des oscillations, c'est qu'elles cessent complétement lorsque la main d'un aide rétablit le contact, en maintenant les conducteurs exactement appliqués pendant les convulsions. Le passage du courant n'incommode nullement la malade ; cependant un point du fil conducteur mal recouvert de soie s'étant trouvé en contact avec la peau de l'épaule, elle éprouve une cuisson qui devient très vive au bout de dix minutes, et l'on constate qu'il s'est produit une

eschare large comme une pièce de dix sous et comprenant une partie de l'épaisseur du derme. Au bout de deux heures on suspend le courant. La peau de la nuque et du périnée offre une légère rougeur qui disparaît en peu de temps. Les accès continuent après l'électrisation comme auparavant; on en compte trente-trois en vingt-deux heures.

15 mai. — Deuxième séance d'électrisation ; même disposition de la pile, même déviation de l'aiguille. Les fils ont été garnis avec le plus grand soin pour éviter de nouvelles cautérisations ; aussi ne s'en est-il pas reproduit une seule pendant les cinq semaines qu'a duré l'application du courant. La malade a cinquante et un accès dans les vingt-quatre heures, dont quatre pendant le temps de l'électrisation.

Le 16, troisième séance en tout identique avec les précédentes. Trente-huit accès.

Le 17, quatrième séance de quatre heures; huit accès pendant le passage du courant, vingt-cinq dans la journée.

Le 18, cinquième séance semblable à celle d'hier.

Le 19, sixième séance pendant cinq heures. La disposition de la pile a été modifiée de manière à diminuer la tension tout en conservant la même quantité de fluide en circulation. On a disposé les six couples en deux piles de trois éléments chacune, et on a réuni les deux cuivres terminaux d'un côté par un même fil conducteur, et les deux zincs du côté opposé par un autre fil. La quantité d'électricité en mouvement n'a pas changé, la même dose traverse le corps, car la déviation de l'aiguille est la même qu'auparavant ; mais la tension est bien moins forte, car les picotements qui se faisaient sentir aux points d'application, ne sont plus perçus que très faiblement, et seulement à chaque fois qu'on ferme ou qu'on ouvre le circuit. Pas plus que les autres jours il ne se produit de secousse ou de contraction musculaire nulle part; la malade n'éprouve aucune incommodité, pas même le plus léger malaise.

Le 22, l'électrisation est appliquée chaque jour pendant cinq ou six heures sans inconvénient et sans effet marqué ni en bien ni en mal. La malade a eu trente-trois accès avant-hier et vingt-cinq hier.

Le 24, vingt accès hier et avant-hier. La déviation de l'aiguille du galvanomètre atteint 40 degrés par suite de la saturation complète de la solution de sulfate de cuivre, et de la dimension plus considérable donnée aux plaques qui mettent la malade en communication avec la pile. Vu la difficulté de maintenir le pôle négatif exactement appliqué sur le périnée, on le place sur l'hypogastre. Aucun effet du courant n'est appréciable.

Le 27, hier, pour la première fois depuis le 14, la malade n'a pas été électrisée; elle est restée douze heures sans avoir d'accès, quoiqu'elle ait assisté à la messe et aux vêpres, pendant lesquelles elle dit en avoir toujours éprouvé. Les deux jours

précédents elle en avait eu vingt-cinq et trente. Aujourd'hui l'électricité n'est appliquée (quatorzième séance) qu'à dix heures du soir et pour toute la nuit.

Le 28, les attaques des malades voisines et la nécessité d'humecter fréquemment les conducteurs ont empêché notre malade de dormir. Cette insomnie ne peut être mise sur le compte du traitement, puisque dans les séances antérieures au milieu de la journée elle a souvent dormi.

Le 29, hier dix accès, douze aujourd'hui. La pile reste établie telle qu'elle l'a été le 19; l'expérimentation a lieu chaque matin pendant six heures.

31 mai. — La déviation de l'aiguille n'est plus que de 30 degrés, ce qui peut tenir soit à ce que les plaques de cuivre des conducteurs se sont légèrement oxydées, soit à l'incrustation des cylindres de terre poreuse de la pile par les parcelles de cuivre provenant de la décomposition du sulfate. La durée de chaque expérience n'est plus que de quatre heures, parce que la malade l'a demandé instamment, ennuyée qu'elle est de n'éprouver aucune amélioration, et aussi parce qu'elle s'inquiète en voyant les attaques devenir plus fortes chez la malade de l'observation suivante qui est en expérimentation à côté d'elle. Pour se faire accorder sa demande elle ajoute qu'elle a maigri et perdu l'appétit, mais personne ne s'en est aperçu.

3 juin. — Le nombre des accès a été, ces derniers jours, de vingt, seize, dix-huit, sept, huit, dans les vingt-quatre heures. Les règles ont paru hier, on l'électrise néanmoins et l'écoulement n'est nullement modifié.

20 juin. — Les séances d'électrisation ont été continuées assez régulièrement chaque jour; elles ne paraissent avoir produit aucun effet sensible, car sous leur influence la marche de la maladie n'a pas été différente de ce qu'elle était pendant les mauvais mois. Depuis le 3 juin, les accès ne se présentent plus que trois, deux ou une fois chaque jour; ils ont même manqué le 18 et le 19, mais ils ont reparu cette nuit.

22 juin. — On suspend l'électricité.

1er septembre. — Pendant la dernière semaine de juin, ainsi que dans les mois de juillet et d'août, la malade a été dans un état relativement très bon; elle a passé souvent un ou deux jours sans accès, et lorsqu'elle en avait, ce n'était jamais plus d'un, deux ou trois en vingt-quatre heures.

20 décembre. — En septembre, il y a eu un état de mal; pendant huit jours la malade est restée dans le coma ayant de dix à vingt-cinq grands accès d'épilepsie chaque jour. Depuis le 1er octobre elle n'a eu qu'un ou deux accès chaque nuit.

1862. — La marche de la maladie est restée identiquement la même jusqu'au moment de la mort survenue à la suite d'un violent accès d'épilepsie.

Observation X.

Hystérie. Attaques convulsives. Névralgies.

B...(Cécile-Hortense), âgée de seize ans, est entrée à la Salpêtrière le 11 mai 1860; elle ne possède aucun antécédent nerveux héréditaire et a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix ans. A cette époque elle eut une fièvre typhoïde compliquée d'accidents cérébraux et d'hémiplégie droite. Aujourd'hui il ne reste aucune trace de cette paralysie, mais l'intelligence est très faible. La malade qui savait lire avant sa fièvre typhoïde, n'a rien pu apprendre depuis; c'est à peine si elle sait faire les plus grossiers ouvrages de couture. Elle ne peut dire quand ni comment ont commencé les attaques convulsives qui, depuis son entrée dans l'asile, reviennent sans grande régularité. Elles sont de nature franchement hystérique sans aucun mélange d'épilepsie, et se composent de convulsions, de spasmes, et d'une sorte de chorée rhythmique n'occupant que le côté gauche. Dans les intervalles des attaques, principalement pendant les jours qui précèdent leur apparition, on observe fréquemment des névralgies faciale et dentaire.

29 avril 1861. — Depuis deux jours, des douleurs très vives, plus fortes sur le trajet des nerfs, se font sentir sur la face et au cuir chevelu. Une exacerbation survenue avant-hier soir a été calmée par des frictions laudanisées. Hier matin, une faradisation a procuré du soulagement, mais le soir une nouvelle exacerbation a résisté à l'application du froid et à la compression des branches nerveuses. Elle a été suivie d'une attaque hystérique qui a très rapidement cédé à des inhalations d'éther, mais pour faire de nouveau place aux douleurs lorsque la malade est sortie de son sommeil factice. Ce soir nouvelle exacerbation.

16 mai. — La malade n'a pas eu d'attaque depuis le 29 avril; ses douleurs se sont calmées spontanément le 30. On commence l'emploi de l'électricité au moyen d'une pile à courant constant disposée comme pour la malade de l'observation précédente, afin de pouvoir comparer les résultats obtenus dans les deux cas. Comme pour la première malade on a employé une pile de Daniel de six éléments de 14 centimètres de hauteur, qui, pour diminuer la tension sans diminuer la quantité de l'électricité en mouvement, ont été ensuite disposés sur deux rangées de trois éléments chacune. Cette modification a amené une diminution dans la sensation de picotement, mais n'a pas influencé la déviation de l'aiguille aimantée du galvanomètre (le même que dans les deux autres observations). Cette déviation a toujours été de 30 à 40 degrés lorsque le corps de la malade faisait partie du circuit, le pôle positif étant appliqué à la nuque, le négatif au périnée d'abord, et

plus tard à l'hypogastre. De même que chez la première malade la déviation de l'aiguille diminuait lorsque les conducteurs étaient mal humectés d'eau salée, ou moins exactement appliqués par suite des mouvements volontaires ou convulsifs de la malade. La première application dure deux heures; la malade, quoique ne voulant pas l'avouer, en paraît affectée, car dès le début elle a des secousses convulsives dans les membres, et bientôt après une franche attaque d'hystérie qui dure plusieurs heures.

17 mai. — Seconde séance de deux heures. Pas d'attaque.

Le 18, troisième séance de deux heures pendant laquelle il se produit une légère attaque.

Le 19, quatrième séance de deux heures, avec deux petites attaques.

Le 20, cinquième séance de deux heures avec une attaque.

Le 21, sixième séance de quatre heures. Il n'y a pas d'attaque aujourd'hui et la malade dort d'un sommeil paisible et prolongé pendant le passage du courant. Hier elle a eu un vomissement, ce qui lui arrive quelquefois en temps ordinaire. Du reste elle n'éprouve aucun malaise, aucun dérangement dans les fonctions sauf un peu d'inappétence,

Le 22, septième séance de quatre heures. Comme hier, la malade n'a pas d'attaque et dort pendant l'expérience; elle se plaint d'éprouver un affaiblissement général.

Le 23, séance de quatre heures, sans attaque et sans sommeil.

Le 24, séance de six heures. Attaque légère.

Le 25, séance de six heures. Sommeil léger pendant le passage du courant; attaque légère au réveil; inappétence très marquée.

Le 26, au moment où le courant allait être établi, il se déclare une violente attaque qui fait suspendre l'usage de l'électricité, parce que la malade paraît être, depuis qu'on l'emploie, plus malade qu'elle n'a jamais été. Jamais en effet, depuis cinq mois que nous l'observons, nous n'avons vu des attaques aussi fréquentes et aussi rapprochées. A quoi peut tenir cette aggravation? On peut l'attribuer au passage du courant, puisque dès la première séance, il y a eu des attaques, qui cependant ne se sont pas reproduites dans chacune des séances qui ont succédé. Nous croyons qu'on peut aussi bien l'attribuer à ce que notre malade a été fortement impressionnée par la nouveauté du traitement, par l'attention exceptionnelle dont elle s'est vue tout à coup l'objet de la part de plusieurs personnes, et par les craintes exprimées par plusieurs malades, qui déclaraient que jamais elles ne se soumettraient à ces expériences. Il y avait dans ces impressions morales des motifs suffisants pour déterminer l'apparition des attaques que facilitait une température exceptionnellement chaude et énervante de 25 degrés centigrades.

Le 27, l'attaque d'hier a duré trois heures. Aujourd'hui il s'en est reproduit plusieurs très fortes, et à de très courts intervalles.

Le 28, les attaques ont continué très intenses, et ne se sont calmées que ce matin.

Le 31, pas de nouvelle attaque depuis le 28; mais il est resté un peu de constriction à la gorge et de l'insomnie.

1er juin. — La malade, qui s'est opposée à ce qu'on recommençât l'électricité, n'a pas eu de nouvelle attaque, sauf la nuit dernière.

Le 12, hier, dans la journée, quelques attaques; et cette nuit, de la névralgie faciale.

Le 20, une très forte attaque d'hystérie.

Le 29, nouvelle attaque violente hier, dans la soirée.

15 juillet. — Depuis ce matin, fortes attaques convulsives.

3 août. — Les règles ont paru et coulent bien.

Le 15, il n'y a pas eu d'attaque depuis un mois.

20 septembre. — Une violente attaque survenue cette nuit paraît être la première depuis le mois de juillet.

Décembre 1862. — La malade a été soumise cette année aux douches froides, et son état semble meilleur aux personnes qui ont pu l'observer de près.

Observation XI.

Epilepsie. Accès convulsifs quotidiens.

B... (Amélie), âgée de trente-deux ans, entrée le 21 avril 1858. Pas d'antécédents héréditaires; pas de convulsions dans l'enfance. A dix ans, fièvre typhoïde grave avec délire. Mariée à dix-neuf ans, elle eut, quinze jours avant son mariage, une attaque convulsive. Un an après, peur violente qui fut suivie d'un accès épileptique. Depuis lors, les accès se sont répétés de plus en plus fréquemment, et aujourd'hui il y en a presque régulièrement un ou deux chaque jour.

20 mars 1861. — Depuis trois mois, j'ai pu observer par moi-même la parfaite régularité des accès d'épilepsie. Ce matin, je fais passer pendant quelques secondes un courant électrique intermittent assez fort, en plaçant dans chaque main de la malade un conducteur de l'appareil électro-médical Ruhmkorff.

Le 21, la malade a passé les vingt-quatre heures sans accès; elle en est très heureuse et très étonnée. J'électrise de nouveau.

Le 22, aucun accès depuis hier; même électrisation.

Le 23, pour la troisième fois, il n'y a pas eu d'accès. J'électrise.

Le 24, le quatrième jour s'est passé de même sans accès. Nouvelle faradisation.

Le 25, un étourdissement et un fort accès d'épilepsie se sont montrés cette nuit. La malade n'est pas soumise au courant de crainte de nuire à l'effet perturbateur qu'on espère en tirer.

Le 27, les accès ont repris leur fréquence habituelle. Je recommence l'électrisation.

Le 28, les accès n'ayant pas été enrayés, tout traitement est de nouveau suspendu.

10 mai. — Depuis six semaines on est, à plusieurs reprises, revenu à l'emploi du courant intermittent, mais toujours sans en obtenir aucun effet ; les accès n'en ont nullement été influencés.

Le 31, la malade est pendant quatre heures soumise à un courant électrique continu. Tout a été disposé comme dans les deux observations précédentes ; la déviation de l'aiguille est la même. Deux étourdissements en vingt-quatre heures.

1er juin. — Deuxième séance de quatre heures ; trois accès dans la journée.

Le 2, je n'électrise pas, la malade ayant demandé à sortir aujourd'hui ; elle a deux accès.

Le 3, troisième séance, trois accès.

Le 4, quatrième séance, un accès.

Le 5, cinquième séance, trois accès.

Le 6, sixième séance, deux accès.

Le 7, septième séance, trois accès.

Le 8, huitième séance, deux accès. La malade n'éprouve aucun trouble dans sa santé habituelle ; le courant ne produit aucun effet ; l'aiguille du galvanomètre dévie constamment d'un angle de 18 à 25 degrés. L'électrisation sera continuée chaque jour pendant trois ou quatre heures.

Le 30, sauf de rares exceptions, la malade a été électrisée chaque matin sans aucun résultat ; une seule fois elle a passé les vingt-quatre heures sans être malade. Tous les autres jours elle a eu absolument comme avant ce traitement, un, deux ou trois accès.

22 juillet. — Aucune amélioration ne s'étant produite depuis sept semaines, M. Moreau fait suspendre le courant.

Décembre 1861. — Il n'y a eu aucun changement dans l'état de la malade.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du siphon ; sa théorie. Applications physiologiques et thérapeutiques.

Chimie. — Des caractères distinctifs du foie de soufre.

Pharmacie. — Des amers fournis par la famille des synanthérées. Traiter de leur emploi pharmaceutique.

Histoire naturelle. — Comparer entre elles les deux familles des asparaginées et des liliacées ; indiquer les aliments et les médicaments fournis par chacune de ces deux familles.

Anatomie. — Des lois qui président à la distribution des nerfs dans les muscles.

Physiologie. — Quelles sont les fonctions du fœtus ?

Pathologie externe. — Des abcès du cou.

Pathologie interne. — De l'inflammation des ganglions lymphatiques.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hydropisies.

Anatomie pathologique. — De la solution de continuité spontanée.

Accouchements. — Des présentations de la face pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — Des applications thérapeutiques du bichlorure de mercure.

Médecine opératoire. — De l'amputation dans l'articulation du genou.

Médecine légale. — Des maladies dissimulées.

Hygiène. — De l'action des miasmes putrides sur la santé.

Vu bon à imprimer,

MONNERET, président.

Permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.